UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1975 – Thèse n°238

Etude de la réparation du dommage corporel des traumatisés crâniens chez les accidentés du travail

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le mercredi 18 juin 1975

par Michel BORD
né le 9 janvier 1947 à Saint-Maixant (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H.-J. LAZARINI	Professeur	Président
M. P.LEMAN	Agrégé	
M. F.COHADON	Agrégé	Juges
M. J. DOIGNON	Docteur en Médecine	
M. J.-P. CHODKIEWICZ	Agrégé (Paris)	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547314_0009

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1975 – Thèse n°238

Etude de la réparation du dommage corporel des traumatisés crâniens chez les accidentés du travail

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le mercredi 18 juin 1975

par Michel BORD
né le 9 janvier 1947 à Saint-Maixant (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H.-J. LAZARINI	Professeur	Président
M. P.LEMAN	Agrégé	
M. F.COHADON	Agrégé.....	Juges
M. J. DOIGNON	Docteur en Médecine	
M. J.-P. CHODKIEWICZ	Agrégé (Paris)	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

Vous avez toujours su m'accorder votre confiance. Je vous offre aujourd'hui un témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A Odile

En remerciement de sa collaboration de tout instant.

A Bruno

A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE et BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

A Messieurs les Médecins

Directeurs et Sous-Directeurs

Chefs de Services

de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
de la Gironde

En remerciement pour leur aide et leurs aimables autorisations sans lesquelles ce travail aurait été impossible.

A Mademoiselle LARRIEU

Assistante sociale Chef
du Centre Hospitalier Régional de Bordeaux

A Monsieur le Docteur L.M. HUBERT

A Mademoiselle le Docteur E. RICHER

En témoignage de notre amitié.

A Monsieur le Directeur

A tout le personnel
du Centre de Réadaptation Spécialisée de CÉNAC

A Mesdames et Mesdemoiselles

les Surveillantes
les Secrétaires
les Infirmières
du Service de Neuro-Chirurgie

A NOS MAITRES

qui ont pris en charge notre formation clinique.

Messieurs les Professeurs

R. SARIC

P. LEMAN

R. GENESTE

Monsieur le Docteur PINSON

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur J.Y. BENTEJAC

Médecin Conseil Régional de la Sécurité Sociale
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier du Mérite social
dans l'Ordre National du Mérite

Votre présence dans notre jury nous honore.

Monsieur le Docteur J.P. CHODKIEWICZ

Maître de Conférences agrégé de Neurochirurgie
Neurochirurgien des Hôpitaux de Paris

Vous nous faites l'honneur de venir de Paris pour juger notre thèse.

Soyez remercié pour ce geste qui nous touche profondément.

Monsieur le Docteur J. DOIGNON

Assistant-Assistant des Hôpitaux
Chef de Travaux du Laboratoire de Médecine légale
et Médecine du Travail de la Faculté
Chargé de Cours à la Faculté
Médecin Légiste

En remerciement pour votre aide précieuse.

Soyez assuré de notre gratitude pour votre accueil, votre patience et votre indulgence à notre égard .

Monsieur le Docteur F. COHADON

Maître de Conférences agrégé de Neurochirurgie
Chirurgien des Hôpitaux
Licencié ès Sciences

Tout au long de votre enseignement vous avez su nous communiquer une part de votre grande connaissance des problèmes des traumatisés crâniens et de leur réadaptation.
Vous nous avez fait entrer un peu plus avant dans la connaissance de la Personne Humaine : connaissance qui est nécessaire à la pratique d'une médecine qui s'adresse à l' "Homme".

Vous nous avez confié ce travail et nous avez guidé de vos précieux conseils dans sa réalisation.
Veuillez trouver ici, Monsieur et Cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur P. LEMAN

Maître de Conférences agrégé de Neurochirurgie
Chirurgien des Hôpitaux, Chef de Service

Soyez assuré de notre gratitude pour l'accueil que vous nous avez toujours réservé dans votre service.

Votre science médicale ainsi que votre simplicité nous ont profondément marqué.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H.J. LAZARINI

Professeur sans Chaire de Médecine légale
et Médecine du Travail
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de l'Ordre du Mérite
Membre de l'Académie Internationale de Médecine

Vous nous faites le grand honneur de présider le jury de notre thèse.

Au cours de nos études médicales, nous avons pu apprécier votre grande connaissance en matière de Médecine Légale et Médecine du Travail.

Vous avez toujours su nous apporter un enseignement complet mais aussi pratique et concret.

Soyez assuré de notre profond respect.

ETUDE DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

DES TRAUMATISMES CRANIENS

CHEZ LES ACCIDENTES DU TRAVAIL

Etude sur 52 cas d'accidents du travail relevant
du régime général d'assurance des travailleurs salariés

P L A N

PREMIERE PARTIE - Bases légales et règlementaires de la réparation du dommage corporel dans les accidents du travail.

Chapitre I - L'assurance contre les accidents du travail .

I - Historique

II - Etendue de la protection contre les accidents du travail
- A - Les bénéficiaires
- B - La Notion d'accident du travail
- C - Les accidents du trajet

III - Etendue de la réparation des accidents du travail
- A - Les conditions de l'indemnisation
- B - Les prestations
- C - Cas particuliers

Chapitre II - La réparation judiciaire d'un dommage corporel causé par un accident avec tiers .

I - Les causes de responsabilité

II - Etendue et évaluation du dommage corporel
- A - Définitions
- B - Le préjudice patrimonial
- C - Le préjudice extra-patrimonial

III - Les différentes modalités de réparation
- A - Accord amiable
- B - Instance civile
- C - Instance pénale

IV - Les organismes de garantie en responsabilité .
- A - L'assurance en responsabilité civile
- B - Le fonds de garantie automobile

Chapitre III - Le cheminement habituel d'un accidenté du travail .

I - Période d'incapacité temporaire de travail
A - Déclaration de l'accident du travail
B - Le versement des prestations d'incapacité temporaire
C - Guérison - Consolidation - Reprise du travail
D - Les rechutes .

II - L'incapacité permanente
A - L'expertise du Contrôle Médical de la Caisse de S. S.
B - La Rente accident du travail

III - Le Recours de la victime contre le responsable de l'accident
A - Le recours contre l'employeur pour "Faute intentionnelle"
B - Le recours contre le tiers responsable de l'accident .

IV - Le Contentieux des accidents du travail .
A - Le Contentieux Général de la Sécurité Sociale
B - Le Contentieux Médical .

DEUXIEME PARTIE - Etude de la réparation des traumatismes crâniens chez les victimes d'accidents du travail .

Chapitre I - Présentation de l'étude .

I - La sélection de l'échantillon

II - Le matériel utilisé

III - Méthode de travail

Chapitre II - Présentation des éléments de la réparation du dommage corporel des différents sujets de l'étude .

I - Présentation de la population étudiée

A - Age
B - Nationalité
C - Niveau d'études
D - Qualification professionnelle

II - Les différents éléments du dommage corporel
A - L'accident du travail
B - L'importance du dommage corporel
C - Les problèmes de reprise du travail après l'accident

III - La réparation du dommage corporel par la Sécurité Sociale
A - Les prestations d'incapacité temporaire
B - Les prestations d'incapacité permanente
C - Les délais de l'indemnisation de l'incapacité permanente
D - Le montant total des prestations d'accidents du travail

IV - Le recours contre le tiers responsable de l'accident .
A - Les différentes procédures employées
B - L'expertise judiciaire du dommage corporel
C - Le montant de l'indemnisation judiciaire

Chapitre III - Analyse des différents éléments de la réparation du dommage corporel des accidents du travail .

I - Problèmes posés par l'évaluation des séquelles
A - Définitions de l'importance des séquelles
B - Problèmes de l'évaluation et de l'indemnisation des séquelles subjectives des traumatisés crâniens
C - Importance de la personnalité de l'expert et de celle du blessé .

II - Problèmes posés à la reprise du travail
A - Problème de la fixation de la date de la reprise du travail
B - Les problèmes de reclassement professionnel
C - La possibilité de reprise du travail à mi-temps.

III - Le problème du coût de l'accident du travail
A - Les prestations d'incapacité temporaire
B - Le reclassement professionnel
C - La rente -AT
D - L'indemnisation complémentaire judiciaire .

IV - Conclusion .

TROISIEME PARTIE - Réflexions à propos de la réparation du dommage corporel des traumatismes crâniens des accidents du travail .

I - Place et rôle de l'expertise du contrôle médical de la Caisse dans le processus de réparation .
A - Que doit-on réparer ?
B - Quel est le but de l'expertise ?

II - Plaidoyer pour une réparation plus vraie et plus adaptée
A - Les limites de l'indemnisation assurée par la Rente-AT
B - Le but et l'utilisation de la rente-AT dans le processus de réparation des traumatismes crâniens
C - Une autre "optique" de réparation : la réadaptation .

CONCLUSIONS .

ANNEXES.

BIBLIOGRAPHIE.

ABREVIATIONS UTILISEES

- A.T.	:	Accident du travail
- Cass. Soc.	:	Chambre Sociale de la Cour de Cassation
- Central-AT.	:	Service de la Caisse Primaire centralisant les dossiers d'accidents du travail
- C.A.P.	:	Certificat d'Aptitude Professionnelle
- C.E.P.	:	Certificat d'Etude Primaire
- C.H.U.	:	Centre Hospitalier Universitaire
- C.I.	:	Certificat médical Initial
- C.R.I.P.	:	Commission Régionale d'Incapacité Permanente
- C.S.S.	:	Code de Sécurité Sociale
- E.E.G.	:	Electroencéphalogramme
- E.N.G.	:	Electronystagmogramme
- I.P.P.	:	Incapacité Permanente Partielle
- I.T.T.	:	Incapacité Temporaire Totale de travail
- L.A.D.A.P.T.	:	Ligue pour l'ADAPTATION du diminué physique
- Rente-AT.	:	Rente-accident-du-travail
- S.S.	:	Sécurité Sociale

*

INTRODUCTION

°°°

De nos jours, la prise en charge par la Sécurité Sociale et la réparation des accidents du travail paraît une chose naturelle et nécessaire : c'est un Droit fondamental du travailleur .

Il faut rappeler, cependant, qu'il y a moins d'un siècle, quand un travailleur était victime d'un accident du travail, c'était le plus souvent en pure perte pour lui : il devait se soigner , se rééduquer et pallier les pertes de salaire par ses propres moyens .

C'était le règne de l' "insécurité sociale" .

Promulguée le 9 avril 1898, la Loi de réparation des accidents du travail fut la première législation importante, en France, pour la couverture des risques sociaux . Cette loi définit les bases juridiques de la protection du travailleur contre le risque d'accidents professionnels .

Depuis, les textes complémentaires et les refontes législatives ont eu pour but de perfectionner la qualité de la réparation . La compensation financière du manque à gagner et des frais occasionnés par les blessures, seule prévue initialement, n'est plus maintenant qu'un élément à côté des mesures de prévention et de réadaptation destinées à assurer de façon effective le rétablissement de la capacité de gain du travailleur accidenté : c'est-à-dire la réparation la plus complète de son accident du travail .

PREMIERE PARTIE

BASES LEGALES ET REGLEMENTAIRES DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CHAPITRE I

L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

°°°

I - HISTORIQUE

1°- Avant la loi du 9 avril 1898 .

En l'absence de législation particulière, les accidents du travail relevaient du Droit Commun de la responsabilité délictuelle .

En vertu de l'article 1382 du Code Civil, toute victime d'un accident peut obtenir réparation si elle apporte devant les Tribunaux la preuve de la responsabilité de celui qu'elle estime responsable de son accident . Ainsi les travailleurs victimes d'accidents du travail pouvaient demander réparation à leur employeur à condition qu'ils apportent la preuve que celui-ci a commis une faute .

Mais cette procédure est onéreuse et nécessite la preuve du délit . De plus, la preuve de la faute de l'employeur était souvent difficile à établir .

2°- La loi du 9 avril 1898 .

Véritablement révolutionnaire à l'époque, cette loi a été élaborée à l'exemple des lois déjà promulguées dans les pays voisins (Allemagne : 1884 et Angleterre: 1897).

Elle repose sur trois principes :

- La notion de risque professionnel .

Il y a présomption d'absolue responsabilité de l'employeur des accidents du travail de son entreprise . L'accélération de production et la mécanisation de plus en plus importante augmentent le profit de l'employeur mais aussi le risque professionnel des employés :le patron est donc responsable des risques que comporte pour ses employés le travail dont il perçoit les avantages .

La notion de "risque" remplace la notion de "faute" .

- La notion de réparation forfaitaire et partielle .

Cette notion tempère l'étendue de la réparation des accidents du travail : seules sont réparées les conséquences professionnelles de l'accident .

- Le principe de l'exclusion du Droit Commun .

La victime d'un accident du travail n'a pas le choix entre deux formes de réparation suivant que l'une ou l'autre serait plus avantageuse selon le cas .

La réparation des accidents du travail suivant les dispositions du Droit Commun n'est prévue que dans deux cas d'exceptions : d'une part , en cas de faute intentionnelle de l'employeur, et, d'autre part, dans le cas où l'accident est causé par un tiers autre que l'employeur ou un de ses préposés .

Pour couvrir cette charge qui leur incombait, les employeurs pouvaient s'assurer auprès de compagnies privées d'assurances . Peu à peu des améliorations furent apportées à cette Loi de 1898 .

Initialement prévue pour les travailleurs de l'industrie, la Loi de 1898 est étendue aux autres catégories de travailleurs : 1899 = travailleurs agricoles et forestiers, 1906 = travailleurs du commerce, 1923 = employés de maison . . . et Loi du 1er juillet 1938 qui étend

l'application des dispositions de la Loi de 1898 à tous les salariés et améliore les prestations versées aux travailleurs .

3°- L'Ordonnance du 4 octobre 1945 et Loi du 30 octobre 1946 .

C'est l'institution de la "Sécurité Sociale"avec l'intégration de la réparation des accidents du travail dans le régime général .

La Loi du 30 octobre 1946 prévoit une meilleure réparation des accidents du travail par une modification profonde du régime antérieur .

La réparation , qui reposait sur le concept de responsabilité de l'employeur, est désormais à la charge de la Sécurité Sociale . A l'idée de responsabilité de l'employeur, s'est substituée l'obligation faite à tout employeur de personnel salarié de contracter une assurance contre les accidents du travail auprès des Caisses de Sécurité Sociale .

Cette Loi est orientée vers trois buts :

- assurer la protection des travailleurs contre les accidents du travail .
- assurer la réparation des accidents du travail,
- organiser la prévention des accidents du travail, la rééducation et la réinsertion socio-professionnelle du blessé du travail.

Depuis 1946, de nombreuses modifications et améliorations ont été apportées à ces textes .

Les textes concernant la réparation des accidents du travail forment le Livre IV du Code de Sécurité Sociale (art. L 414 à L 509) .

Ces dispositions s'appliquent aux salariés du "régime général" (elles ne s'appliquent pas aux agents titulaires de l'Etat et des Collectivités locales qui dépendent de "régimes spéciaux") .

La Loi du 25 octobre 1972, mise en application à partir du 1er juillet 1973, étend aux professions salariées agricoles les dispositions du "régime général" .

II - ETENDUE DE LA PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A / LES BENEFICIAIRES

Tout assuré social salarié peut bénéficier de la protection de l'Assurance contre les accidents du travail (art. 415 CSS) .

Les cotisations dues au titre des accidents du travail sont à la charge exclusive de l'employeur (art. 131 CSS) .

Les travailleurs indépendants (professions libérales , artisans, commerçants . . .) qui ne sont pas assujettis au régime général ont la possibilité de souscrire une assurance volontaire contre le risque accidents du travail auprès des Caisses de Sécurité Sociale .

B / LA NOTION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

L'article L 415 du Code de Sécurité Sociale (art. 2 parag. 1 de la Loi du 30 octobre 1946) définit l'accident du travail ainsi :

"Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise" .

Cette définition fixe les conditions générales permettant de dire qu'un accident est lié au travail, mais elle ne délimite ni le fait accidentel lui-même, ni le mode d'appréciation de l'imputabilité d'un état pathologique à l'accident .

Ces lacunes ont été comblées par la Jurisprudence de la Cour de Cassation .

Deux éléments sont à prendre en compte dans l'indemnisation d'un état pathologique secondaire à un accident du travail :

- la matérialité de l'accident, c'est-à-dire les différents éléments requis pour qu'il y ait accident du travail ,
- la relation de causalité entre les lésions pathologiques et l'accident .

1°- La matérialité de l'accident du travail .

La matérialité de l'accident du travail est déterminée par trois éléments :

- la réalité du fait accidentel,
- le caractère professionnel de l'accident,
- la preuve de l'accident .

a) La réalité d'un fait accidentel .

C'est la Cour de Cassation qui fournit la définition du "fait accidentel" : "l'accident du travail est légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant, au cours du travail, une lésion de l'organisme humain" . (Cass. Soc. 20-3-1952) .

La notion de "cause extérieure" est entendue au sens large : une machine, une chute, un effort et même une émotion forte sont des "causes extérieures" pouvant être la cause d'accidents du travail .

Pour qu'il y ait "accident", le fait doit avoir un caractère soudain et violent . Ce sont ces caractères "soudain" et "violent" qui différencient les accidents du travail des maladies professionnelles dont l'apparition est progressive et diluée dans le temps .

b) Le caractère professionnel de l'accident .

L'article 415 du Code de S. S. , que nous avons cité plus haut, définit l'accident du travail comme survenu "... par le fait ou à l'occasion du travail ... "

Ainsi, sont considérés comme des accidents du travail, non seulement les accidents directement occasionnés par l'exercice d'un métier (chutes, coups, plaies. ... etc.); mais aussi dans toutes les circonstances où le travailleur est sous l'autorité et la responsabilité de son employeur (missions, réunions de représentants du personnel, transports professionnels ... etc) .

c) La preuve de l'accident .

Dans la plupart des cas, la matérialité de l'accident du travail ne prête pas à discussion : les lésions traumatiques sont évidentes et les circonstances professionnelles .

Alors que le Droit Commun exige que la victime apporte la preuve de la matérialité de l'accident auquel il entend imputer les lésions dont il souffre, la victime d'un accident du travail n'a pas à apporter la preuve de la matérialité de son accident .

La Cour Suprême a établi une présomption légale d'imputabilité d'un accident du travail . " "Toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant d'un accident du travail" (Cass. Soc. 30/7/1949).

Pour les accidents du travail, il y a reversement du fardeau de la preuve : il y a présomption légale d'accident du travail . La destruction de cette présomption est à la charge de la Sécurité Sociale qui doit apporter la preuve que les lésions médicalement constatées ne sont en aucun cas en rapport avec un fait accidentel professionnel.

2°- La relation de causalité.

a) La preuve des lésions pathologiques .

C'est un élément purement médical : le blessé fournit cette preuve par un certificat médical décrivant les lésions et les authentifiant . C'est le certificat médical initial (C.I.) .

b) La présomption légale d'imputabilité .

Nous avons déjà souligné qu'il y a "présomption légale d'imputabilité" pour la matérialité du fait accidentel en matière d'accidents du travail .

Il y a présomption d'origine pour toutes les lésions (et leurs conséquences) imputables à l'accident .

"La présomption d'origine couvre toutes les lésions qui se sont manifestées immédiatement après l'accident ou dans un temps voisin" . (C'est par exemple, le cas d'une atrophie optique apparaissant même plusieurs jours après un traumatisme crânien) .

"La présomption d'origine couvre également les complications apparues au cours du traitement ou de l'évolution de la lésion initiale" .

La présomption légale d'imputabilité ne couvre , cependant pas les lésions apparues après un temps assez éloigné de l'accident . Dans ce cas, la victime doit apporter la preuve de la relation de causalité entre l'état pathologique et l'accident .

c) La présomption légale d'imputabilité peut être détruite par la preuve contraire .

Cette preuve contraire est à la charge de la Caisse de Sécurité Sociale . Mais la preuve contraire ne peut détruire la présomption légale d'imputabilité que si elle comporte la certitude que le travail n'a joué aucun rôle, même simplement aggravant, dans l'état pathologique constaté . Dans le moindre doute, la présomption légale d'imputabilité demeure .

Ainsi, la présomption légale d'imputabilité couvre toutes les manifestations pathologiques consécutives à l'accident, même quand, dans leur genèse, intervient un état pathologique antérieur . Ainsi, une hernie s'extériorisant lors d'un effort, un infarctus du myocarde ou une hémorragie cérébro-méningée survenant lors du travail sont considérés comme des accidents du travail bien que, dans ces cas, il y avait des lésions organiques antérieures plus ou moins anciennes . La possibilité du rôle aggravant du travail suffit à faire jouer la présomption légale d'imputabilité .

C / LES ACCIDENTS DE TRAJET

La loi du 30 octobre 1946, remaniée par la Loi du 23 juillet 1957, étend aux accidents survenus sur le trajet aller et retour "domicile-travail" les dispositions prises pour les accidents survenus du fait du travail .

L'article 415 du Code de S. S. définit l'accident de trajet comme : "... l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et retour entre :

a) sa résidence principale ... et son lieu de travail ;

b) le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou le lieu où le travailleur prend habituellement son repas .

Les dispositions du présent article sont applicables dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel ..."

Bien qu'il soit difficile parfois de trouver des témoins de l'accident de trajet, des présomptions graves, précises et concordantes suffisent à présumer la réalité de l'accident de trajet . La Caisse de Sécurité Sociale doit apporter la preuve contraire, par enquête, pour détruire ces présomptions . Dans les accidents de trajet, comme dans les accidents du travail, il y a présomption légale d'imputabilité des lésions pathologiques à l'accident .

III - ETENDUE DE LA REPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A / LES CONDITIONS DE L'INDEMNISATION

1°- Les conditions d'ouverture des droits .

Le travailleur assuré social salarié bénéficie dès le premier jour de son travail (dès le premier "trajet aller" de son domicile à son travail) et immédiatement de la couverture du risque accidents du travail . Le travailleur n'a pas , comme dans le régime maladie, à faire état d'une ancienneté d'assujettissement ou d'un certain nombre minimum d'heures de travail antérieurement à son accident : il peut prétendre à la totalité des prestations prévues par l'assurance contre les accidents du travail dès ce premier jour de travail .

2°- Les formalités imposées à l'accidenté.

Elles sont simplifiées : le travailleur accidenté doit avertir son employeur de son accident dans un délai de 24 heures (lui-même ou quelqu'un de sa famille ou le chef de chantier suivant le cas) .

C'est l'employeur qui effectue la déclaration de l'accident du travail auprès du service "accidents du travail" de la Caisse de Sécurité Sociale , dans le délai de 48 heures .

3°- Le tiers payant .

La prise en charge des frais de soins d'accidents du travail fait exception en matière d'Assurances

Sociales : l'accidenté du travail n'a pas à faire l'avance des frais de soins occasionnés par l'accident . Les praticiens, pharmaciens et établissements de soins sont payés ultérieurement par la Caisse directement .

4°- Le Contrôle de la Caisse .

En contre-partie des avantages que nous avons soulignés, la Caisse se réserve le droit de contrôle : contrôle de l'évolution des soins et de l'état de santé du blessé aussi bien au domicile de celui-ci que dans les établissements de soins où il se trouve .

B / LES PRESTATIONS

1°- Les prestations d'incapacité temporaire .

a) Les prestations en nature .

La Caisse prend en charge intégralement les frais de soins, de rééducation et de transports nécessités par l'état de santé du blessé et son évolution .

b) Les prestations en espèces .

Elles consistent dans le versement d'indemnités journalières pour pallier la perte de gain du fait de l'arrêt de travail .

Pendant les 28 premiers jours de l'arrêt de travail et à partir du lendemain de l'arrêt de travail, l'indemnité journalière est égale au demi-salaire . A partir du 29ème jour, elle devient égale aux deux-tiers du salaire et cela, jusqu'à la reprise du travail, sans limitation de durée d'arrêt de travail .

2°- Les prestations d'incapacité permanente.

En cas de "guérison" des blessures, c'est-à-dire en l'absence de séquelles, le dossier est clos et il n'y a aucune prestation supplémentaire .

En cas de "consolidation" , c'est-à-dire lorsqu'il subsiste des séquelles durables et quasiment fixées des blessures de l'accident, ces séquelles sont indemnisées par une rente-accident du travail (rente-AT) . Cette rente versée par la Caisse est fonction d'un taux d'incapacité permanente partielle (taux d'I.P.P) qui est proposé par le Contrôle Médical de la Caisse .

Nous examinerons par la suite les différentes modalités de versement de ces prestations .

C / CAS PARTICULIERS

1°- Reprise du travail à mi-temps .

Dans certains cas, le travailleur peut, avec l'accord de la caisse et de son employeur, reprendre pour un temps son travail à temps partiel avant la guérison complète et la fin des soins .

Pendant cette période, le travailleur perçoit un salaire entier : une partie pour le travail effectué et le complément de salaire est assuré par la Caisse au titre des prestations en espèces . Au moment de la reprise du travail à temps plein, la Caisse arrête le versement des prestations en espèces .

Cette disposition a pour but de favoriser la réinsertion socio-professionnelle du travailleur accidenté et de lui permettre de reprendre progressivement une activité normale, surtout quand l'arrêt de travail a été long .

2°- Le reclassement professionnel.

En cas de séquelles incompatibles avec son activité professionnelle antérieure à l'accident, le traumatisé a la possibilité de suivre un reclassement professionnel .

Créé par l'Ordonnance du 4 octobre 1945, le Service du Reclassement Professionnel est géré en collaboration par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale et le Service de l'Emploi .

Le reclassement professionnel est effectué suivant les renseignements d'un dossier complet : rapport médical, bilan socio-professionnel et bilan psychotechnique du blessé .

Le reclassement professionnel est assuré soit en école, soit en Centres spécialisés, soit , sous contrat, dans une entreprise, avec contrôle du Service Régional .

Pendant toute la durée du reclassement professionnel, le blessé qui a été victime d'un accident du travail, bénéficie d'une couverture sociale normale et d'un revenu égal au salaire antérieur à l'accident : c'est-à-dire: les indemnités journalières (2/3 du salaire) plus une "Allocation différentielle" complétant le revenu .

CHAPITRE II

LA REPARATION JUDICIAIRE D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSE PAR UN ACCIDENT AVEC TIERS

°°°

Dans ce chapitre, nous allons aborder les différents aspects de la réparation d'un dommage corporel prévus par le Droit Commun .

Quand il y a accident du travail avec un tiers (dans le cas d'accidents du trajet ou d'accidents de la circulation pendant le travail ou bien en cas de faute intentionnelle de l'employeur), le dommage corporel est apprécié dans le cadre du Droit Commun .

En effet, l'assurance contre les accidents du travail ne dispense pas le travailleur de ses droits et devoirs civils et pénaux . Si le travailleur est victime d'un tiers, il peut prétendre recevoir des "dommages et intérêts" de la part du responsable, mais s'il est responsable de l'accident, il n'est pas à l'abri des mêmes exigences de la part de son adversaire .

L'article 1382 du Code Civil prévoit : "Tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est amené à la réparer" .

Nous envisagerons ainsi successivement :

- les causes de responsabilité,
- l'évaluation du dommage corporel ,

- les différentes modalités de réparation,
- les organismes de garantie en responsabilité garantissant la réparation du dommage corporel de la victime .

I - LES CAUSES DE RESPONSABILITE

En Droit Commun, la victime doit apporter la preuve de la responsabilité de l'auteur présumé de son dommage corporel, ainsi que la preuve de la relation de causalité entre les lésions pathologiques constituant ce dommage corporel et l'accident lui-même .

La responsabilité de l'auteur du dommage corporel peut être à base de faute prouvée : c'est le cas des "coups et blessures" volontaires ou non, commis par imprudence ou par négligence ... Ainsi, par exemple, l'homicide par imprudence ou les "coups et blessures" involontaires" entraînant une incapacité temporaire totale de travail de plus de trois mois, entraînent une responsabilité pénale et sont jugés devant le Tribunal Correctionnel .

Si les Pouvoirs Publics ne retiennent aucune faute contre l'auteur du dommage, il appartient à celui qui s'estime victime du fait d'autrui d'apporter devant les Tribunaux Civils la preuve de la responsabilité de celui-ci .

Notons enfin, que l'article 1384 du Code Civil rend responsable tout homme gardien d'une chose inanimée pouvant causer un dommage à autrui : cela s'applique aux conducteurs d'automobiles, d'engins de travaux publics, de cyclomoteurs... etc.. Cette responsabilité civile est couverte par une assurance spéciale, obligatoire en France, à laquelle doivent souscrire tous les conducteurs de véhicules à moteur .

II - ETENDUE ET EVALUATION DU DOMMAGE CORPOREL

A / DEFINITIONS

Par "Dommage corporel" on doit entendre : "Tous les préjudices découlant d'une atteinte à l'intégrité de la personne" .

La réparation du dommage corporel porte sur deux catégories de préjudices très distinctes :

- Le "préjudice patrimonial" : qui représente l'ensemble des pertes de gains et de salaire et les dépenses pour les soins en rapport avec l'accident .

- Le "préjudice extra-patrimonial" , qui ne concerne pas le patrimoine, et recouvre les différents préjudices esthétique , personnel et le "quantum doloris" .

L'indemnisation du préjudice patrimonial est relativement aisée car il est chiffrable : c'est une "réparation" à proprement parler .

Mais, pour le préjudice extra-patrimonial, on ne peut qu'accorder une "satisfaction pécunière" , ne pouvant chiffrer des éléments trop subjectifs .

Cependant, la réparation d'un dommage causé par un tiers responsable doit être "intégrale" , quelle que soit la situation financière de la victime et celle du responsable .

B / LE PREJUDICE PATRIMONIAL

1°- Etendue du préjudice patrimonial.

Ce préjudice est évalué par expertise après consolidation des séquelles des blessures du traumatisme

initial : il s'agit du préjudice résultant d'une incapacité permanente auquel s'ajoute le préjudice pécunier déjà subi depuis l'accident .

2°- L'indemnisation du préjudice patrimonial .

L'incapacité permanente est exprimée en pourcentage par rapport à l'activité et aux capacités d'un homme normal de même âge . Cette incapacité permanente est soit totale (100 %), soit partielle et l'on parle d'incapacité permanente partielle ou "Taux d'I.P.P." .

L'appréciation de ce taux d'I.P.P. est confiée à un expert par le Juge . En Droit Commun, l'expert n'émet qu'un avis . C'est le Juge qui fixe l'importance du dommage et le montant de l'indemnisation : il n'est pas tenu de suivre l'avis de l'expert .

Au contraire de la législation sur les accidents du travail , il n'existe pas, en Droit Commun, de barème officiel d'appréciation du taux d'incapacité permanente partielle . Ceci permet à l'expert et au Juge de tenir compte de multiples facteurs dans l'appréciation du préjudice patrimonial . Il en résulte une grande diversité dans la réparation du préjudice patrimonial suivant les juridictions .

C / LE PREJUDICE EXTRA-PATRIMONIAL

L'expert désigné par le Tribunal doit évaluer l'importance des différents éléments du préjudice extra-patrimonial .

1°- Quantum doloris .

C'est l'appréciation de l'importance de la douleur éprouvée par le blessé dans la période allant de la date de l'accident à celle de la consolidation .

L'expert apprécie l'importance du Quantum doloris en fonction de différents éléments : âge, nature des blessures, intensité des douleurs, nature du terrain psychologique et du retentissement général de l'accident sur le sujet .

Pour cette appréciation, l'expert dispose d'une échelle d'importance comprenant différents degrés : Nul - très léger - léger - moyen - assez important - important - très important .

2°- Le préjudice esthétique .

Il englobe toutes les anomalies physiques plastiques causées par l'accident : cicatrices, mutilations, attitude ou démarche disgracieuse ... etc ..

L'expert apprécie l'importance de ce préjudice suivant son importance et son retentissement sur l'activité socio-professionnelle du sujet, et, pour cela, dispose de l'échelle d'importance citée ci-dessus .

3°- Le préjudice d'agrément .

Il s'agit de la gêne ou de l'impossibilité d'avoir une activité habituelle d'agrément du fait des blessures (sport - loisirs ...) Cependant, ce préjudice doit présenter un caractère de gravité pour être pris en compte .

Comme pour le préjudice patrimonial, c'est au Juge qu'il appartient de fixer le montant de l'indemnisation en fonction des indications fournies par l'expert et de sa propre estimation du préjudice extra-patrimonial .

III - LES DIFFERENTES MODALITES DE REPARATION

A / ACCORD AMIABLE

C'est une convention qui intervient entre la victime (ou ses défenseurs) et le responsable du dommage corporel (ou ses assureurs) . Le plus souvent, cette transaction se fait entre assureurs qui essaient de trouver, dans un premier temps, un compromis amiable avant de saisir les tribunaux .

En cas de litige irréductible, ce sont les Tribunaux civils qui tranchent .

B / INSTANCE CIVILE

En matière civile, l'initiative de la procédure appartient à la victime : celle-ci porte plainte en réparation par l'intermédiaire d'un avocat .

Suivant l'importance de l'indemnité réclamée, la Juridiction compétente est : soit , le Tribunal d'Instance pour les indemnités inférieures à 10. 000 francs, soit le Tribunal de Grande Instance , si l'indemnité est supérieure à 10. 000 francs .

Si la victime ne porte pas plainte contre l'auteur du dommage corporel, la Caisse de Sécurité Sociale se substitue à elle par l'intermédiaire du service du Contentieux , en vertu de son pouvoir propre de recours contre le tiers responsable de l'accident à l'occasion duquel elle a fourni des prestations .

Le Tribunal prononce une "condamnation pécunière" à l'encontre du responsable, ce qui constitue la totalité de l'indemnisation de la victime, somme devant être versée par le responsable ou son assureur .

La victime ne perçoit pas la totalité de cette condamnation pécunière ; en effet la Caisse de Sécurité Sociale est remboursée de la totalité des prestations qu'elle a fournies à la victime ainsi que les prestations qu'elle fournira (rente et prestations d'incapacité permanente ...) .

La victime de l'accident reçoit le solde en tant que "Dommages et intérêts" .

C / INSTANCE PENALE

L'infraction pénale est prévue par la Loi et sanctionnée par une peine .

1°- Infractions et juridictions pénales.

a) Les contraventions .
Elles relèvent du Tribunal de Police .

Ce sont les "coups et blessures" entraînant une incapacité temporaire totale de moins de 8 jours s'ils sont volontaires, et, moins de trois mois, s'ils sont involontaires .

b) Les délits .
Ils relèvent du Tribunal Correctionnel .

Ce sont les "coups et blessures" entraînant une incapacité temporaire totale de plus de 8 jours s'ils sont volontaires et de plus de 3 mois s' ils sont involontaires .

Ce sont aussi les homicides involontaires par imprudence .

c) Les crimes .
Ils relèvent de la Cour d'Assises .

Ce sont les "coups et blessures" volontaires ayant entraîné la mort, ou la perte d'un organe chez la victime .

2°- Le déroulement d'un procès pénal.

Le procès pénal étant d'Intérêt Public, la procédure est conduite par les Pouvoirs Publics .

La Police procède à l'enquête et rédige un procès-verbal d'enquête . Le Procureur de la République reçoit ce procès-verbal et saisit la Juridiction compétente, suivant le type de l'infraction du responsable . Le Procureur fait désigner un Juge d'Instruction pour compléter l'enquête et constituer le dossier de procédure .

Au Tribunal, les parties en présence sont :

- d'une part : le Ministère Public qui poursuit,
  la partie civile : victime, Sécurité Sociale...

- d'autre part : le prévenu et les personnes civilement responsables .

Les jugements des Tribunaux de Police et Correctionnel sont susceptibles d'action en Cour d'Appel . Les Arrêts de la Cour d'Assises ne sont susceptibles que d'un pourvoi en Cassation .

IV - LES ORGANISMES DE GARANTIE EN RESPONSABILITE

Ces organismes assurent à la fois la protection du responsable en se substituant à lui pour assumer sa responsabilité civile, mais aussi de la victime, en lui garantissant une réparation quelle que soit la solvabilité du responsable.

A / L'ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE

Elle assure la réparation des dommages causés à autrui . Il s'agit d'un contrat passé avec un assureur qui s'engage à indemniser la victime et règle les frais occasionnés par l'accident à la place de l'assuré .

Il y a cependant deux restrictions d'application : l'assurance en responsabilité civile ne couvre pas les fautes pénales ni les amendes encourues par l'assuré.

En retour, l'assureur se substitue à son client et fait toutes les démarches nécessaires à la défense de celui-ci : il doit assurer à son client la meilleure défense possible .

Dans un procès civil et pénal, si l'assuré a contracté un contrat stipulant la clause "défense et recours", l'assurance fournit un avocat à l'assuré .

Dans un accord amiable, l'assureur joue, dans ce cas, son rôle principal en négociant l'indemnisation directement avec l'assureur de la partie adverse .

En France, l'assurance en responsabilité civile est obligatoire pour tous les conducteurs de véhicules à moteur . La clause "défense et recours" est optionnelle, mais très utile, car avoir un avocat à ses propres frais est, encore aujourd'hui, très onéreux .

B / LE FONDS DE GARANTIE AUTOMOBILE

Fondé en 1951 pour garantir l'indemnisation des victimes d'accidents de la route, en cas d'insolvabilité du responsable ou de non-assurance de celui-ci .

L'indemnisation assurée par de Fonds de Garantie automobile est limitée et forfaitaire .

CHAPITRE III

LE CHEMINEMENT HABITUEL D'UN ACCIDENTE DU TRAVAIL

°°°

Dans ce troisième chapitre, nous allons suivre chronologiquement le déroulement de la prise en charge et de la réparation d'un accident du travail .

I - PERIODE D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Pendant cette période, l'accidenté du travail est entièrement pris en charge par l'Assurance contre les accidents du travail .

Un certain nombre de formalités incombent à la victime, à son employeur , à la Caisse de Sécurité Sociale et aux médecins traitants, pour que la victime perçoive les prestations qui lui sont dues .

A / DECLARATION DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL

1°- La victime doit avertir son employeur .

La victime doit faire cet avertissement dans le délai de 24 heures (art. 472 parag. 1 CSS) .

Cette obligation d'avertissement n'est assortie d'aucune sanction pénale . Mais l'inobservation de cette prescription empêche l'application de la présomption légale d'imputabilité : la victime est alors dans l'obligation d'établir la preuve de la matérialité de l'accident et de la relation de cause à effet entre l'accident du travail et les lésions .

2°- La déclaration faite par l'employeur

L'employeur, ou un de ses préposés, doit effectuer, dans les 48 heures, la déclaration de l'accident du travail auprès du service "accidents du travail" de la Caisse Primaire, sur formulaire spécial (art. 472 parag. 2 CSS).

De plus, l'employeur doit remettre à la victime une feuille d'accident du travail qui lui permettra de se faire soigner gratuitement (art. 473 parag. 1 CSS) .

Ces démarches obligatoires de l'employeur doivent toujours être faites, sans préjuger du caractère professionnel de l'accident : la délivrance de la feuille d'accident du travail n'implique pas la reconnaissance de la part de l'employeur de la réalité de l'accident (art. 473 parag. 3 CSS) . C'est à la Caisse qu'il appartient d'apprécier le caractère professionnel de l'accident .

3°- Les obligations de la Caisse de Sécurité Sociale .

En cas d'accidents susceptibles de laisser des séquelles, la Caisse doit faire procéder à une enquête . Cette enquête est confiée au Greffier du Tribunal d'Instance (art. 474-475 CSS) .

Dans le cas d'accident du trajet paraissant devoir entraîner une incapacité temporaire d'au moins 10 jours, l'enquête légale est obligatoire (décret du 6 mai 1957).

Si la Caisse n'a pas contesté le caractère professionnel de l'accident dans le délai de 15 jours, le caractère professionnel de l'accident est considéré comme établi (art. 47 du décret du 12 mai 1960) .

4°- Les obligations du médecin traitant.

Outre les soins qu'il doit au blessé, le médecin traitant doit rédiger un certificat médical initial descriptif des lésions qu'il constate, en double exemplaire(art. 473 parag. 4 CSS) .

Ce certificat médical (C. I.) doit être le plus précis possible et comporter l'indication éventuelle de la possibilité de séquelles dans les suites de l'évolution du traitement . Le médecin doit enfin préciser la durée probable de l'arrêt de travail et des soins .

B / VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INCAPACITE TEMPORAIRE

1°- Prestations en nature .

Comme nous l'avons déjà souligné, la Caisse prend en charge la totalité des frais de soins et de rééducation, sans que la victime ait à faire l'avance des frais .

2°- Prestations en espèces .

"L'indemnité journalière est due à la victime pendant l'arrêt de travail" (art. 434 paragr. 4 CSS) .

Il faut souligner le caractère plus avantageux des indemnités journalières de l'assurance contre les accidents du travail par rapport aux prestations en espèces de l'assurance maladie .

Les indemnités journalières du régime d'assurance maladie ne dépassent pas la moitié du salaire, et , en cas d'hospitalisation, elles sont même amputées en partie en fonction des charges familiales de la victime .

Dans le régime accident du travail, les indemnités journalières sont versées dès le lendemain de l'arrêt de travail et sont égales au demi-salaire les 28 premiers jours et aux deux tiers du salaire à partir du 29ème jour jusqu'à la reprise du travail ou de la consolidation, sans restriction .

C / GUERISON - CONSOLIDATION - REPRISE DU TRAVAIL .

La guérison sanctionne le retour à l'état antérieur . Elle implique la reprise du travail et entraîne l'arrêt du versement des prestations d'accident du travail. Cette "Guérison" n'est cependant qu'apparente et peut laisser la place dans l'avenir à une rechute (art. 93 du Règlement intérieur modèle des Caisses - Arrêté du 8 juin 1951) .

La consolidation, qui est la constatation de la persistance de séquelles durables et quasiment fixées, peut coïncider avec la reprise du travail, mais n'est pas forcément liée à celle-ci .

La reprise du travail peut précéder la consolidation : dans le cas, par exemple, où les blessures , bien que non fixées dans leur évolutivité , permettent la reprise du travail (avant consolidation) .

La consolidation peut être fixée avant la reprise du travail dans certains cas : volonté du blessé de ne pas reprendre le travail, apparition d'affections intercurrentes (maladie) ou toute autre raison indépendante de l'accident du travail obligeant le travailleur à cesser son activité professionnelle .

L'indemnité journalière ne peut plus être versée après la date de la consolidation, même si le blessé n'a pas repris son travail (art. 448 CSS) .

"La Caisse Primaire fixe la date de la Guérison ou de la Consolidation d'après l'avis du médecin traitant ou, en cas de désaccord, d'après l'avis émis par l'expert désigné ..." (art. 482 CSS) . Le certificat final du médecin traitant est indispensable : le médecin-conseil de la Caisse ne peut fixer lui-même la date de consolidation . En cas de défaut de ce certificat, la Caisse peut faire fixer la date de la consolidation en demandant une expertise et mettre un terme au versement des prestations d'incapacité temporaires (décret 7 janvier 1959) .

D / LES RECHUTES

La circulaire Ministérielle du 3 février 1954 définit , en développant l'article L. 490 du Code de S. S. , la rechute comme : "l'aggravation ou l'apparition d'une lésion résultant de l'accident, chez une victime considérée comme guérie ou consolidée " .

Pour qu'il y ait "rechute" , il faut et il suffit qu'il y ait aggravation des lésions séquellaires ou apparition d'une nouvelle lésion imputable à l'accident du travail initial et nécessitant un traitement médical à nouveau .

Pendant toute la durée de la rechute, les prestations servies par la Caisse sont les mêmes que lors de la première période d'incapacité temporaire de travail .

La rechute se termine par la fixation d'une date de guérison ou de consolidation : les critères retenus sont les mêmes que pour la guérison ou la consolidation initiale et entraînent une nouvelle fixation du taux d'I.P.P .

II - L'INCAPACITE PERMANENTE

La fixation d'une consolidation suppose la persistance de séquelles qui doivent être appréciées par le Contrôle Médical de la Caisse et indemnisées par une rente -accident du travail .

A / L'EXPERTISE DU CONTROLE MEDICAL DE LA CAISSE DE S. S.

Le médecin-conseil du Contrôle Médical de la Caisse Primaire convoque le blessé après réception du certificat final de consolidation établi par le médecin traitant .

1°- Appréciation des lésions séquellaires .

Le médecin-conseil, dans un premier temps, recueille les doléances du blessé . Il procède ensuite à un examen complet du blessé en vue de faire l'inventaire le plus complet possible des lésions séquellaires de l'accident .

L'importance et le nombre de ces séquelles sont en effet la base de l'appréciation par l'expert de la diminution de la capacité de gains du travailleur, c'est-à-dire le taux d'incapacité permanente (I.P.P.) .

Ne sont retenues comme indemnisables au titre de l'accident du travail que les séquelles imputables à cet accident lui-même ou ses conséquences . Souvent, la relation de cause à effet est évidente : comme par exemple, dans le cas de raideur articulaire après une fracture. Mais parfois, l'imprécision des connaissances médicales ne permet pas d'apporter la preuve formelle de l'imputabilité des lésions à l'accident du travail . Cependant, des présomptions suffisamment précises, graves et concordantes suffisent à établir cette relation de causalité .

Il est important de souligner qu'une fois admise, l'imputabilité d'une lésion à un accident du travail , la Caisse ne peut plus la remettre en question ultérieurement à l'occasion d'une révision et diminuer, de ce fait, le taux d'I.P.P. .

Lorsque l'accident du travail aggrave un état pathologique antérieur, l'aggravation est prise en charge au titre de l'accident du travail et indemnisée comme telle.

Il appartient à la Caisse de détruire la présomption légale d'imputabilité .

2°- La fixation du taux d'I. P. P.

L'inventaire des séquelles de l'accident du travail et de leurs conséquences fonctionnelles sur la vie socio-professionnelle et sur l'activité du blessé doit aboutir à l'élaboration d'un taux d'incapacité permanente partielle. Pour cela, le médecin-conseil de la Caisse

peut demander des avis consultatifs à des médecins spécialistes qui chacun dans le domaine de sa spécialité, va indiquer un taux d'incapacité permanente en fonction des séquelles constatées .

La Loi recommande de tenir compte des indications fournies par le Barème Officiel annexé au décret du 24 mai 1939 . Ce Barème donne, pour chaque séquelle en fonction de son importance, une échelle de valeurs qui permet à l'expert de fixer un taux d'I. P. P. adapté au blessé non seulement en fonction de l'importance des lésions, mais aussi en fonction de leur retentissement sur l'activité professionnelle du travailleur . Il y a , en effet, des séquelles qui sont plus invalidantes pour certains métiers : par exemple , les vertiges pour un charpentier ou bien l'ankylose d'un doigt pour un horloger ... etc ...

Malgré cette possibilité de modulation du taux d'I. P. P., la réparation des accidents du travail reste "forfaitaire" . En effet, la réparation des accidents du travail est seulement fonction de la réduction de capacité de gain et se limite au versement de la rente accident du travail , qui est proportionnelle au taux d'I. P. P. C'est une différence essentielle entre la fixation du taux d'I. P. P. par la Caisse de Sécurité Sociale et l'expertise médico-légale faite en Droit Commun qui, comme nous l'avons vu, apprécie non seulement l'importance de l'incapacité permanente partielle, mais aussi le préjudice extra-patrimonial dans un but de "réparation intégrale" .

Le Médecin-Conseil du Contrôle Médical de la Caisse transmet son avis sur le taux d'I. P. P. au Comité des Rentes qui fixe, en commission, un "Taux global et unique d'incapacité permanente partielle" en fonction des différents éléments médicaux, professionnels et les possibilités de reclassement professionnel et de reprise du travail .

Ce taux global d'I. P. P. est communiqué au blessé qui a la possibilité de le contester : cette contestation est examinée par une Commission Régionale d'Incapacité Permanente (CRIP) .

Cette Commission d'Appel réexamine le blessé et fixe un taux d'I. P. P. qui peut soit être supérieur à celui du Comité des Rentes, soit égal à celui-ci .

B / LA RENTE-ACCIDENT DU TRAVAIL : RENTE-AT

1°- Le calcul de la Rente-AT.

La rente -AT est calculée en fonction du taux d'I. P. P. du blessé et du salaire annuel de celui-ci avant l'accident (art. 451 CSS) .

Ce calcul est assez complexe . Tout d'abord, c'est le salaire des 12 mois précédant l'accident qui est retenu et ensuite revalorisé en fonction des augmentations du "coût de la vie" .

Par ailleurs, le taux global d'I. P. P. n'est pas retenu comme tel dans le calcul : il est modulé suivant les dispositions de l'article 453 paragraphe 1 du Code de S. S. "le taux d'incapacité est préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %". Ce qui donne, par exemple :

- Pour un taux global d'I. P. P. de 30 % =

$$30\ \% - \left(\frac{30\ \%}{2}\right) = \underline{15\ \%}$$ qui est retenu pour le calcul de la rente .

- Pour un taux global d'I. P. P. de 80 % =

$$50\ \% - \left(\frac{50\ \%}{2}\right) + 80\ \% - 50\ \% + \left(\frac{80\ \% - 50\ \%}{2}\right) = \underline{70\%}$$

qui est retenu pour le calcul de la rente .

Le montant annuel de la Rente annuelle est obtenu par le "calcul mathématique" du produit du salaire revalorisé par le taux d'I. P. P. pondéré .

La rente-AT est versée par trimestre à terme échu . La Rente-AT est versée à compter du lendemain de la date de consolidation .

2°- Cas particuliers .

a) Capitalisation automatique des "petites rentes"

Quand le taux d'I. P. P. est inférieur à 10 % et que la rente est inférieure au 1/80e du salaire de base, il y a transformation automatique de cette rente en capital qui est versé au blessé en une seule fois (décret du 15 juin 1959) .

Le calcul du Capital est effectué à partir de la rente annuelle et en fonction de coefficients variables suivant l'âge du blessé au moment de la consolidation . Ce Capital versé en une seule fois évite le versement trimestriel de sommes insignifiantes et allège la comptabilité administrative .

b) Notion de "Salaire de base minimum".

Pour les taux d'I. P. P. supérieurs ou égaux à 10 %, lorsque le salaire du blessé est inférieur à un "salaire minimum de base" fixé par arrêté ministériel, c'est le chiffre de ce "salaire minimum" qui est retenu pour le calcul de la rente-AT (art. 452 paragraphe 1 CSS).

Ce salaire minimum de base est révisé tous les six mois et correspond à un salaire supérieur au SMIC. Ceci pour assurer une rente "raisonnable" au blessé ayant au moins 10 % d'incapacité permanente partielle, chiffre non-négligeable, malgré son salaire faible . C'est le cas, par exemple, des apprentis qui, ne percevant pas de salaire à proprement parler et pouvant être victimes d'accidents du travail, reçoivent une rente-AT qui est le reflet de l'importance de leur incapacité .

c) Avantages supplémentaires pour les fortes incapacités .

En cas de non-reprise du travail, en cas d'incapacité permanente partielle supérieure à 66, 66 %, le blessé bénéficie de la couverture sociale de l'assurance maladie .

En cas d'incapacité totale majeure, et dans certaines conditions, la rente peut être majorée de 40 % pour l'assistance d'une Tierce personne (art. 453 paragraphe 2 CSS) . Cette attribution supplémentaire est faite après enquête spéciale .

3°- Révisions .

Contrairement au Droit Commun, où la révision ne se fait qu'en aggravation, la Caisse peut effectuer des révisions du taux d'I. P. P. en amélioration et par là même faire diminuer la rente .

Ces révisions sont périodiques . Mais, en cas d'aggravation brusque de l'état de santé du blessé, celui-ci peut demander une révision . L'appréciation de l'aggravation ou de la diminution des séquelles est faite à partir des éléments pris en compte dans la première expertise . Mais il ne peut y avoir de révision du taux que s'il existe une modification dans l'état physique du blessé . (art. 453 paragraphe 3 CSS) .

La modification de la rente en fonction de la modification du taux d'I. P. P. prend effet à l'échéance qui suit la décision de la Caisse . Le blessé a, de nouveau , après la révision, la possibilité de contester le nouveau taux d'I. P. P. auprès de la Commission Régionale d'Incapacité Permanente .

4°- Revalorisation de la rente .

Deux fois par an, le montant des rentes supérieures à 10 % d'I. P. P. est revalorisé d'un certain pourcentage , en fonction du coût de la vie, par arrêté ministériel .

5°- Capitalisation de la rente .

Au bout de 5 ans, le rentier a la possibilité de capitaliser une partie de la rente, dans des conditions très précises . Il faut signaler que cette possibilité de capitalisation de la rente est très peu utilisée par les rentiers de façon générale .

6°- Reversion de la rente .

La veuve d'un travailleur qui percevait une rente accident du travail peut bénéficier de la reversion d'une partie de cette rente .

- en règle générale : elle reçoit 30 % du salaire de base de son mari décédé .
- si elle est invalide, elle perçoit 50 % du salaire de base,
- quand elle atteint l'âge de 60 ans, elle reçoit 50 % du salaire de base .

Les orphelins ne possédant pas de ressource propre peuvent percevoir un pourcentage du salaire de base de leur père décédé .

7°- Le cumul des rentes .

Bien que le taux maximal d'incapacité permanente soit de 100 %, chaque rente, après chaque accident du travail, étant calculée en fonction de l'importance des séquelles de cet accident, il se peut que la somme des taux d'I. P. P. de plusieurs accidents du travail soit supérieure à 100 % .

Le paiement des différentes rentes-AT est effectué par un seul mandat (décret du 20 avril 1957 complétant l'article 435 du Code de S. S.) .

III - LE RECOURS DE LA VICTIME CONTRE LE RESPONSABLE DE L'ACCIDENT

Toute victime d'un dommage corporel peut demander réparation de ce dommage au responsable présumé. Cette réparation est assurée suivant les dispositions générales du Droit Commun . Encore faut-il, comme nous l'avons vu, dans le deuxième chapitre de notre exposé , que la victime apporte la preuve du dommage causé et de la responsabilité de l'auteur présumé du dommage .

L'article L 466 du Code de S. S. pose le principe de l'exclusion du droit commun pour tout accident du travail, sauf exceptions prévues : à savoir :

1°- "si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou d'un de ses préposés ..." (art. 469, paragraphe 1 CSS) .

2°- "lorsque l'accident met en cause la responsabilité d'un tiers autre que l'employeur ou ses préposés " : par exemple, dans le cas d'accidents de la circulation pendant le travail ou d'accidents du trajet avec un tiers responsable (art. 470 paragraphe 1 CSS) . Le responsable est poursuivi en vertu des articles 1382 et 1384 du Code Civil définissant la responsabilité civile de tout citoyen .

A/ RECOURS CONTRE L'EMPLOYEUR POUR "FAUTE INTENTIONNELLE"

La "faute intentionnelle" est à distinguer de la "faute inexcusable" : la faute est de nature différente et les conséquences très différentes .

- La "faute inexcusable de l'employeur" est caractérisée par un fait grave, une omission volontaire, avec conscience du danger, absence de cause justificative, mais

absence d'élément intentionnel : comme par exemple, la violation de prescriptions réglementaires de prévention des accidents du travail . La faute inexcusable de l'employeur peut entraîner une majoration de la Rente-AT en fonction de l'importance de cette faute inexcusable (art. 468 CSS) .

- La "faute intentionnelle" a les mêmes caractéristiques que la faute inexcusable, avec, en plus, un élément intentionnel de la part de l'employeur . Dans ce cas, la victime de l'accident du travail peut demander réparation auprès des Tribunaux sous forme de "dommages et intérêts" complétant la réparation forfaitaire assurée par la Caisse de Sécurité Sociale (prestations) . C'est le seul cas où l'employé peut avoir un recours contre son employeur en matière d'accidents du travail (art. 469 CSS).

B / RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE D'UN ACCIDENT

Il appartient à la victime d'apporter la preuve du dommage corporel et de la responsabilité du tiers . Pour cela, la victime dispose du Droit Commun soit par un accord amiable, soit devant un Tribunal .

Il est à noter que bien que la victime possède ce droit de recours, la Caisse de Sécurité Sociale possède un droit propre de recours contre le tiers responsable de l'accident afin de récupérer les frais de prestations fournies et à fournir à la victime au titre de l'Assurance contre les accidents du travail (art. 469 - 470 CSS) .

L'accord amiable est toujours recherché en premier . Si un accord intervient entre les deux parties sur l'indemnisation, la Caisse de Sécurité Sociale est remboursée du montant des prestations et la victime reçoit le solde en tant que "indemnisation complémentaire" .

En cas de désaccord, la victime porte plainte en réparation devant le Tribunal civil . Au cours de la procédure, une expertise judiciaire médico-légale est ordonnée pour évaluer l'importance du dommage corporel de la

victime . L'expert détermine, outre le taux d'incapacité permanente partielle, l'importance du préjudice extra-patrimonial (quantum doloris, préjudice esthétique ... etc...) .

Il convient de souligner que le taux d'I. P. P. judiciaire ne comportant pas de possibilité de révision ultérieure, il doit être fixé à la date du Jugement en fonction de l'évolution future des séquelles . Ceci explique les quelques différences que l'on peut constater entre les taux d'I. P. P. judiciaires et les taux d'I. P. P. fixés par la Caisse de Sécurité Sociale .

D'après le rapport de l'expert, le Juge apprécie le dommage et fixe lui-même le taux d'incapacité permanente partielle et l'importance du préjudice extra-patrimonial : en effet, en Droit Commun, seul le Juge est habilité à fixer l'importance du préjudice et il n'est pas obligé de suivre l'avis de l'expert .

Le Juge prononce une "condamnation pécunière " à l'encontre du responsable qui représente la totalité de la réparation du dommage corporel de la victime. La Caisse de Sécurité Sociale est remboursée des prestations fournies et à fournir à la victime . Le solde est versé à la victime au titre de "dommages et intérêts " . Il est à noter que ce solde peut être négatif au cas où le montant total des prestations de l'assurance contre les accidents du travail serait supérieur au montant de la condamnation pécunière du responsable . C'est pourquoi la Loi du 27 décembre 1973 garantit à la victime une indemnisation minimum dans ce cas : la victime conserve de toute façon les sommes qui lui sont attribuées au titre de l'indemnisation du préjudice extra-patrimonial (quantum doloris, préjudices esthétiques et personnel ... etc.)

Dans le cas d'une procédure pénale qui, rappelons-le, est introduite par le Ministère Public, la victime et la Caisse de Sécurité Sociale peuvent se porter "partie civile" dans le procès où le prévenu responsable est poursuivi . La victime obtient de la même façon une réparation intégrale de son dommage corporel : réparation judiciaire complémentaire de la réparation assurée par les prestations de l'assurance contre les accidents du travail .

Enfin, nous soulignerons l'importance pour la victime d'un accident de s'assurer de son bon droit avant d'introduire une action en Justice : autant c'est son droit de demander réparation pour un dommage subi, autant il est hasardeux de porter plainte dans un cas litigieux: les frais de justice engagés par la victime n'étant remboursés qu'en cas de reconnaissance de la responsabilité du tiers adverse .

IV - LE CONTENTIEUX DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Il est fréquent que surgissent des litiges entre les victimes d'accidents du travail et les Caisses de Sécurité Sociale chargées du versement des prestations . En effet, d'une part, les dispositions législatives sont complexes , ce qui expose à des interprétations divergentes de la part des intéressés, et d'autre part, cette législation est indiscutablement généreuse, ce qui expose à des abus .

Le règlement de ces litiges est confié à des Juridictions spécialisées :

- le contentieux général de la Sécurité Sociale est compétent pour juger les litiges concernant l'accident du travail lui-même et sa prise en charge .
- le contentieux médical s'occupe des litiges soulevés par les blessures, leurs séquelles, la reprise du travail ....

A / LE CONTENTIEUX GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

Nous n'entrerons pas dans le détail du fonctionnement du Contentieux Général qui règle des litiges au plan administratif .

Il est chargé d'apprécier la réalité du fait accidentel, le caractère professionnel de l'accident et la relation de causalité entre les lésions pathologiques et l'accident .

Il existe quatre juridictions qui jugent chacune à la suite de l'autre les litiges du Contentieux Général .

- la Commission de Recours Gracieux,
- la Commission de Première Instance,
- la Chambre Sociale de la Cour d'Appel,
- la Chambre Sociale de la Cour de Cassation .

Toute cette procédure est gratuite . Au niveau de la Cour de Cassation, l'assistance judiciaire peut être accordée pour les honoraires de l'avocat .

B / LE CONTENTIEUX MEDICAL

Deux types de litiges sont à distinguer : chacun ayant un système juridictionnel différent .

- les litiges qui concernent la Période d'Incapacité Temporaire (lésions, aptitude à la reprise du travail, consolidation, etc ...) sont soumis à une expertise médicale .
- les litiges qui sont relatifs aux séquelles et au taux d'I. P. P. sont soumis aux Commissions Régionales et Nationales Techniques .

1°- L'expertise médicale du décret du 7 janvier 1959 .

Cette expertise a pour but de trancher un litige exclusivement d'ordre médical opposant , d'une part, le médecin-conseil de la Caisse et d'autre part, le médecin-traitant .

a) Litiges relevant de l'expertise médicale .

Ce sont : l'existence et la nature des lésions, l'origine traumatique de ces lésions, l'aptitude ou inaptitude

au travail, la légitimité d'un traitement, l'opportunité et les modalités de la reprise du travail avant la consolidation, la fixation de la date de guérison ou de consolidation, l'authenticité d'une rechute . . .

b) Procédure de l'expertise .

L'expertise est contradictoire : chacune des parties doit avoir la possibilité de faire valoir ses arguments auprès de l'expert qui est en réalité un Juge en la matière . La procédure a été minutieusement règlementée par le décret du 7 janvier 1959 .

- L'initiative de l'expertise peut être prise soit par le blessé lui-même, soit par la Caisse, soit par les Juridictions de Contentieux Général de la Sécurité Sociale, en précisant l'objet du litige ou de la contestation .

- La désignation de l'expert est faite d'un commun accord par le médecin-conseil de la Caisse et le médecin traitant . En cas de désaccord, c'est le Directeur Départemental de la Santé qui effectue cette désignation .

- Un protocole comportant l'avis des deux parties et la mission précise de l'expert doit être rédigé .

- L'expert a pour mission de trancher le litige . Il doit, pour cela, respecter les dispositions prévues par le Décret du 7 janvier 1959, sous peine d'annulation des décisions prises . Il doit examiner le blessé et donner sa réponse à la question qui lui est posée dans le protocole . Il doit adresser son rapport à la Caisse et à la victime dans les 48 heures .

c) Portée de l'avis de l'expert .

"Lorsque l'avis technique de l'expert a été pris dans les conditions fixées par le présent décret. . . Il s'impose à l'intéressé comme à la Caisse ainsi qu'à la Juridiction compétente " (art. 7 du décret du 7 janvier 1959) .

Ni le blessé ni la Caisse ne peuvent donc remettre en cause cet avis de l'expert : aucun recours n'est possible, aucune sur-expertise ne peut être réclamée : c'est un "Jugement sans appel" .

2°- Les Commissions du Contentieux technique .

Les contestations relatives à l'état d'incapacité permanente sont soumises, en première instance, à la Commission Régionale d'Incapacité Permanente, et en appel, à la Commission Nationale Technique .

a) La Commission Régionale d'Incapacité Permanente : C. R. I. P.

Elle est composée de 8 membres : un représentant de la Direction Régionale de la Sécurité Sociale : un médecin expert, un médecin désigné par la Caisse , le médecin traitant et le médecin de la Caisse Primaire un représentant de l'Inspection du Travail et de l' Emploi, un représentant des employeurs et un représentant des salariés . Chacun apprécie l'incapacité permanente du blessé suivant les différents éléments médicaux et professionnels : la décision est prise à la majorité des voix .

La C. R. I. P. a pour rôle essentiel d'examiner la demande d'augmentation du taux d'I. P. P. accordé par la Caisse, à la suite de la contestation de ce taux par le blessé . Après examen du blessé et prise en compte de ses doléances, la Commission peut soit conserver le même taux d'I. P. P. que celui accordé par la Caisse, soit l'augmenter, en considérant le bien-fondé de la requête du blessé . La décision prise est un véritable jugement qui est notifié à chacune des parties en cause : la Caisse et le blessé .

b) La Commission Nationale Technique : C. N. T.

Elle juge les appels formés contre les décisions de la C. R. I. P. en matière d'incapacité permanente. Elle juge sur pièces .

Les arrêts de la C. N. T. tout comme les avis de l'expert technique, sont pris en dernier ressort et sont sans appel . Ils ne peuvent qu'être annulés pour irrégularités de procédure par les Magistrats de l'Ordre Judiciaire .

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DE LA REPARATION DES TRAUMATISMES CRANIENS CHEZ LES VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Après avoir exposé schématiquement , les dispositions générales de la réparation des accidents du travail, nous nous proposons d'examiner comment, en réalité, s'effectue la réparation des accidents du travail .

Nous avons choisi, pour cette étude, une population de traumatisés crâniens victimes d'accidents du travail, choisie suivant des critères d'homogénéité permettant toutes comparaisons .

CHAPITRE I
PRESENTATION DE L'ETUDE

°°°

Nous avons retenu pour cette étude un échantillon de population pris parmi les traumatisés crâniens admis dans le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Spécialisée de Chateau Rauzé de L. A. D. A. P. T. (à Cénac -33).

Les traumatisés crâniens admis dans ce Centre de Cénac sont des victimes d'accidents de toutes sortes (accidents du travail, accidents de la route, accidents domestiques, etc ...) qui ont été admis, dans un premier temps, dans un service hospitalier et qui ont besoin d'une réadaptation spécialisée . Il s'agit d'une population de traumatisés adultes et de sexe masculin .

I - LA SELECTION DE L'ECHANTILLON

Nous avons , tout d'abord, retenu les dossiers des 300 premiers traumatisés crâniens admis dans ce Centre (soit du 1e juillet 1969 au 1e juillet 1971) . En fait, sur ces 300 traumatisés crâniens, seuls 117 ont été victimes d'accidents du travail (soit : 39 %) .

Il nous a été impossible de retenir ces 117 traumatisés victimes d'accidents du travail, dans notre étude, pour diverses raisons : nous avons dû éliminer successivement :

- 15 d'entre eux, dépendant de Régimes particuliers d'assurance (Agriculteurs, artisans, commerçants, assurés à des mutuelles privées et diverses), la réparation étant trop diverse .

- 14 d'entre eux, pris en charge par des régimes spéciaux à l'intérieur du régime général (fonctionnaires, police, PTT, SNCF)

- 36 d'entre eux, dépendant de Caisses de S. S. de divers départements français , où il nous a été impossible d'examiner les dossiers .

Restaient donc, 52 cas d'accidents du travail traités par le Service "Central-Accident du travail" de la Caisse Primaire de la Gironde : Ces 52 cas d'accidents du travail constituent notre échantillon d'étude de la réparation des traumatismes crâniens chez les victimes d'accidents du travail .

Ces 52 cas d'accidents du travail présentent des caractères d'homogénéité dans la réparation du dommage corporel : ils dépendent tous du régime général d'assurance sociale des travailleurs salariés, ce sont essentiellement des traumatisés crâniens , ils ont été pris en charge par la même Caisse Primaire (Gironde) , ce sont les mêmes experts et médecin-conseils qui ont examiné les blessés et fixé les taux d'I. P. P., et ce sont les mêmes juridictions qui ont tranché les litiges .

Ces 52 cas d'accidents du travail, constituant notre échantillon d'étude, représentent 51 % des accidents du travail relevant du régime général et 45 % de la totalité des accidentés du travail parmi la population des deux premières années de fonctionnement du Centre de Cénac (1969-1971) .

II - LE MATERIEL UTILISE

Nous avons étudié chaque cas de son début (l'accident) à son épilogue (rente-AT et règlement judiciaire éventuel) et dans tous les aspects de la réparation du dommage corporel .

Pour cette étude, nous avons exploité, pour chacun des accidentés du travail, les dossiers suivants :

- le dossier médical du C. H. U.,
- le dossier du Service Social du service du C. H. U.,
- le dossier médical du Centre de Cénac,
- le dossier administratif du Centre de Cénac,
- le dossier médical du "Central-AT de Bordeaux" ,
- le dossier administratif du Central-AT ,
- le dossier du Service des Rentes de la Caisse Primaire de la Gironde,
- le dossier du Service du Contentieux de la Caisse Primaire de la Gironde . Avec, le cas échéant, les pièces judiciaires de la procédure de recours de la victime contre le tiers responsable de l'accident .

Cet examen complet de tous ces dossiers nous a été possible grâce à l'aimable obligeance de tous les responsables des différents services intéressés .

III - METHODE DE TRAVAIL

Pour faciliter l'exploitation et les comparaisons des différents éléments de la réparation de ces 52 accidents du travail, nous avons réparti ces différents éléments sur des fiches de triage à 152 perforations de la façon suivante :

- Eléments définissant le travailleur (de 1 à 26)

  Age - Nationalité - Niveau d'étude - Profession-salaire.

- Eléments définissant l'accident du travail (de 27 à 33).
  - circonstances -moyens de locomotion ...

- Eléments définissant l'importance du Dommage corporel . (de 34 à 99) .
  - lésions - durées d'hospitalisation, de rééducation, d'arrêt de travail - importance des séquelles .

- Eléments de la réparation par la Sécurité Sociale (de 100 à 120)
  - taux d'I. P. P. - rente ...

- Problèmes posés par la reprise du travail (de 121 à 129)

- Eléments de la réparation judiciaire des accidents du travail avec tiers responsable (de 130 à 152) .

  . Juridictions - expertise - taux d'I. P. P. judiciaires
  . Importance de l'indemnisation .

CHAPITRE II

PRESENTATION DES ELEMENTS DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL DES DIFFERENTS SUJETS DE L'ETUDE

°°°

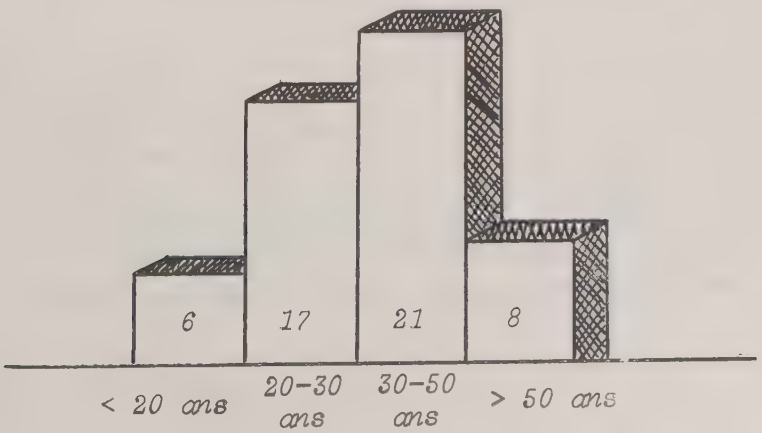
Dans ce chapitre, nous examinerons les différents éléments quantitatifs et qualitatifs du dommage corporel et de la réparation des 52 accidents du travail de notre étude .

I - PRESENTATION DE LA POPULATION ETUDIEE

A / A G E

La moyenne d'âge générale des accidentés du travail de cette étude est de 35 ans .

La répartition est la suivante :



B / NATIONALITE

- 41 sujets sont Français
- 11 sujets sont étrangers (soit : 21 %)
  - 1 Tunisien
  - 2 Algériens
  - 3 Espagnols
  - 5 Portugais

C / NIVEAU D'ETUDE

	N	%	
- sans scolarité	6	12 %	> 44 %
- scolarité primaire sans diplôme	17	32 %	
- scolarité primaire + CEP	21	40 %	
- scolarité secondaire	8	16 %	

D / QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

	N	%	
- apprentis	4	8 %	> 48 %
- manœuvres	21	40 %	
- ouvriers qualifiés	22	42 %	
- cadres ou chefs de chantiers	5	10 %	

Soulignons la forte proportion de travailleurs très peu qualifiés et très peu scolarisés . Nous reviendrons à de nombreuses reprises sur l'importance de cet aspect de la population étudiée : le manque de scolarisation et le peu de qualification professionnelle limiteront souvent les possibilités de réadaptation et de reclassement professionnel et auront tendance à retarder la reprise d'un travail qui est pénible et peu attrayant .

II - LES DIFFERENTS ELEMENTS DU DOMMAGE CORPOREL

A / L'ACCIDENT DU TRAVAIL

1°- Le type d'accident .

	N	%
- accidents de chantier	13	25%
- accidents de la circulation pendant le travail	5	10%
- accidents du trajet	34	65%

2°- Les circonstances de l'accident du travail .

a) Accidents de chantier : 13 cas

- Chutes ..... 12 cas
- choc sur le crâne ..... 1 cas

b) Accidents de la circulation pendant le travail : 5 cas .

- Accidents en "deux roues" ..... 2 cas
- Accidents en voitures ..... 3 cas

c) Accidents de Trajet : 34 cas

- Piéton accidenté ..... 1 cas
- Accidents en "deux roues"..... 30 cas
- Accidents en voiture ..... 3 cas

3°- Présence d'un tiers dans l'accident du travail .

Les 13 accidents survenus sur le chantier n'ont pas eu d'autre victime ou responsable que l'accidenté lui-même . Seul un de ces accidentés du travail sur les lieux du chantier a fait appel contre son employeur pour "faute inexcusable", faute qui, d'ailleurs, n'a pas été retenue .

Parmi les 39 autres accidents du travail survenus en dehors du chantier, nous avons :

- Accidents sans tiers ..... 7 cas (18 %)
- Accidents avec tiers ..... 32 cas (82 %)

En cas de présence d'un tiers dans l'accident, la responsabilité est partagée de la façon suivante :

- Tiers responsable à 100 % dans 18 cas
- Il y a faute de l'accidenté dans 13 cas
- Les torts sont partagés dans 1 cas

Ainsi, seuls 18 accidentés du travail de notre étude ont pu se retourner contre un tiers responsable (soit 1/3 des accidents du travail de cette étude) , et ont pu obtenir une réparation judiciaire complémentaire de la réparation assurée par la Sécurité Sociale .

B / IMPORTANCE DU DOMMAGE CORPOREL

1°- Suivant le type de traumatisme.

a) Traumatismes crâniens sans fracture =13 cas (25%)

- Pertes de connaissance simples .... 5 cas
- Confusions prolongées ..... 3 cas
- Comas vigils ..... 4 cas
- Coma profond avec ventilation ..... 1 cas

b) Traumatismes crâniens avec fracture(s) :39 cas (75%)

- Pertes de connaissance simples 18 cas
- Confusions prolongées ..... 14 cas
- Comas vigils ..... 6 cas
- Coma profond avec ventilation..... 1 cas

Nota : parmi ces 52 traumatisés crâniens, nous avons relevé 5 cas de polytraumatisés où les lésions orthopédiques sont plus importantes que les lésions crâniennes .

2°- Suivant la gravité du traumatisme.

	nombre de cas	%
traumatismes légers	28	54
traumatismes importants	10	19
traumatismes assez importants	6	11
traumatismes très importants	8	16

3°- Suivant l'importance des séquelles.

Précisons que nous parlons des séquelles constatées par les médecins du Centre de réadaptation de Cénac, à la sortie du blessé de ce Centre, et non des séquelles retenues par le Contrôle Médical de la Caisse, nous en verrons la différence par la suite .

	nombre de cas	%
séquelles très légères	30	59
séquelles légères	5	9
séquelles importantes	10	19
handicaps majeurs	7	13

4°- Suivant la durée d'hospitalisation et de réadaptation .

Pour l'ensemble des 52 traumatisés crâniens de notre étude, les durées moyennes ont été les suivantes :

- Hospitalisation = 24 jours
- Séjour à Cénac = 62 jours
- soit au total = 86 jours

Les durées d'hospitalisation et de réadaptation sont variables suivant la gravité du traumatisme initial . Nous avons ainsi la répartition suivante des différentes durées d'hospitalisation (CHU) et de réadaptation (Cénac), en fonction de l'importance du traumatisme :

	nombre de cas	C.H.U.	Cénac	Total
traumatismes légers	28	16 j.	37 j.	53 j.
traumatismes importants	10	22 j.	59 j.	81 j.
traumatismes assez importants	6	30 j.	75 j.	105 j.
traumatismes très importants	8	55 j.	145 j.	200 j.

C / LES PROBLEMES DE REPRISE DU TRAVAIL APRES L'ACCIDENT

1°- Les délais de reprise du travail .

Les médecins du Centre de réadaptation , à la sortie du blessé, formulent un souhait quant à la date de reprise du travail, en fonction de l'état de santé du blessé et de ses aptitudes à poursuivre son métier . Le but essentiel de la réadaptation est de favoriser une reprise du travail le plus tôt possible en limitant au maximum les séquelles résiduelles .

La date de reprise du travail est laissée au libre choix du médecin traitant : les médecins du Centre se contentent d'émettre un souhait : trois éventualités sont envisagées, à la sortie du blessé, par les médecins du Centre :

- la reprise du travail "le plus tôt possible" (c'est-à-dire : dans les 8 jours)
- la reprise du travail "après un délai plus ou moins long" (de 15 jours à 2 mois)
- "le pronostic est réservé" : il y a impossibilité momentanée de reprise du travail : celle-ci sera peut-être possible après un reclassement professionnel .

Pour les 52 cas d'accidents du travail de notre étude nous avons la répartition suivante des délais de reprise du travail souhaités par les médecins du Centre :

	nombre de cas	%
reprise du travail le plus tôt possible	32	62
reprise du travail dans les 15 jours	8	15
reprise du travail dans un à deux mois	3	6
"pronostic réservé"	9	17

Mais nous constaterons une importante différence entre les délais souhaités par les médecins du Centre et les délais effectifs de reprise du travail . Nous reviendrons, par la suite sur différents motifs de cette différence .

Les délais de reprise du travail furent en fait les suivants :

dans le cas où le délai souhaité était :	le délai effectif moyen de reprise du travail fut :
le plus tôt possible (8 jours)	→ 25 jours
dans les 15 jours	→ 87 jours
dans un à deux mois	→ 111 jours
pronostic réservé	→ plus de 7 mois (en cas de reprise du travail)

Si nous prenons, par exemple, les 40 cas (32 cas "le plus tôt possible" et 8 cas "dans les 15 jours") où les médecins envisageaient la reprise du travail dans les 15 jours (au maximum) en raison de l'absence de séquelle présentant un handicap dans l'activité professionnelle du travailleur, nous relevons les délais effectifs de reprise du travail suivants :

	nombre de cas	%
reprise du travail moins de 15 jours après la sortie du Centre de Cénac	14	35
reprise du travail de 15 jours à 1 mois après la sortie du Centre de Cénac	8	20
reprise du travail de 1 à 2 mois après la sortie du Centre de Cénac	8	20
reprise du travail plus de 2 mois après la sortie du Centre de Cénac	9	22
non-reprise du travail (reste en chômage volontairement)	1	3

Ainsi, parmi ces 40 traumatisés crâniens, pour lesquels les médecins du Centre envisageaient une reprise du travail dans les 15 jours, seuls 14 ont effectivement repris le travail dans ce délai de 15 jours, soit 35 % .

2°- Les rechutes .

Au cours de notre enquête, nous avons trouvé dans les dossiers de la Sécurité Sociale, des demandes de prise en charge de "rechutes" de leur accident du travail : mais le plus souvent, ces nouveaux arrêts de travail n'avaient aucun rapport avec l'accident lui-même . En effet le caractère très favorable des prestations d'accidents du travail encourage les travailleurs à relier tous leurs troubles de santé à leur accident du travail antérieur .

En fait, sur l'ensemble des 52 accidents du travail de notre étude, nous avons dénombré 9 cas de rechutes acceptées comme telles par la Caisse de S. S.

- Dans 3 cas : il s'agit de rechutes simples (de 8 jours à 15 jours), sans suite, pour des séquelles très légères.

- Dans 2 cas : l'interruption de travail a été motivée par des séquelles importantes (I. P. P. =15 %) et des problèmes de mal-insertion socio-professionnelle, pour des travailleurs immigrés (troubles qui ont cessé après leur retour dans leur pays d'origine)

- Dans 1 cas : l'interruption du travail a été motivée par des séquelles très importantes entraînant un licenciement du travailleur .

- Dans 1 cas : l'interruption du travail a été motivée par des séquelles très importantes : dans ce cas, le travailleur a pu bénéficier d'un reclassement professionnel .

- Dans 2 cas : l'interruption du travail a été motivée par l'apparition d'une comitialité post-traumatique . Dans un cas, le reclassement professionnel a été possible . Dans l'autre cas, la comitialité a entraîné une incapacité permanente totale (ce blessé est d'ailleurs décédé 4 ans 1/2 après son accident en coma comitial).

3°- Le reclassement professionnel .

En cas de séquelles graves, l'apprentissage d'un nouveau métier compatible avec ces séquelles est nécessaire . Le plus souvent il est nécessaire de commencer le reclassement professionnel par un rattrapage scolaire : ce qui pour beaucoup de travailleurs est un obstacle très important . Mais, en contre-partie, chaque fois que cela est possible, le reclassement professionnel est une occasion de promotion socio-professionnelle .

Dans notre étude, nous avons relevé 6 cas de reclassements professionnels :

- Dans 2 cas :
  Le reclassement professionnel a été commencé dès la sortie du Centre, les séquelles étant trop importantes pour même essayer une reprise du travail antérieur .

- Dans 4 cas :
  Le reclassement professionnel a été commencé après une période d'essai de reprise du travail antérieur à l'accident .

Dans les deux premiers cas, en raison des séquelles très importantes, le reclassement professionnel a été limité et long .

Dans les quatre autres cas, le reclassement professionnel a été l'occasion d'une promotion socio - professionnelle .

En revanche, dans six cas, le reclassement professionnel n'a pas été possible pour les raisons suivantes :

- Dans 1 cas : du fait de l'incapacité totale du blessé .

- Dans 5 cas : en raison du refus des intéressés eux-mêmes, soit du fait des difficultés de rattrapage scolaire, soit par volonté de ne pas changer de métier auquel ils étaient familiarisés .

4°- Les non-reprises de travail.

Dans 8 cas, les traumatisés n'ont pas repris le travail à la consolidation (soit : 15 % des traumatisés de notre étude) .

- Dans 2 cas :
  Le médecin traitant a prolongé l'arrêt de travail jusqu'à la retraite du travailleur bien qu'aucune séquelle ne justifiait cette non-reprise du travail .

- Dans 3 cas :
C'est par refus du travailleur lui-même, préférant rester en chômage après la consolidation (attitude sinistrosique) . La reprise du travail s'est effectuée dans l'année suivante .

- Dans 2 cas :
Présence d'une incapacité permanente très importante nécessitant un reclassement professionnel qui a été commencé dès la sortie du Centre de réadaptation de Cénac.

- Dans 1 cas :
Présence d'une incapacité permanente totale de travail (I. P. P. = 100 %) .

Comme nous le voyons, seulement 3 non-reprises du travail étaient justifiées par une incapacité physique . Dans les 5 autres cas, nous avons affaire à diverses difficultés de réadaptation des traumatisés crâniens : le plus souvent, des troubles subjectifs renforcés par le manque de qualification professionnelle, la fatigue du travail et un climat de perpétuelles revendications . De plus, l'idée que la reprise du travail pourrait entraîner une diminution du taux d'I. P. P. accordé par la Sécurité Sociale est très répandue et n'encourage pas les traumatisés à reprendre leur activité professionnelle au plus vite .

5°- La reprise du travail à mi-temps.

Cette possibilité de reprise temporaire du travail à mi-temps a été utilisée par deux travailleurs . Les travailleurs ont bénéficié d'une période de un mois de travail à mi-temps .

III- LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL PAR LA SECURITE SOCIALE

La réparation du dommage corporel des accidents du travail par la Caisse de Sécurité Sociale est assurée par le versement des prestations .

Comme nous l'avons vu, dans la première partie de notre exposé, les prestations de l'assurance contre les accidents du travail sont différentes suivant la période considérée : prestations d'incapacité temporaire et prestations d'incapacité permanente .

A / LES PRESTATIONS D'INCAPACITE TEMPORAIRE

Les prestations d'incapacité temporaire sont dues à tous les accidentés du travail sans limitation possible .

Les prestations en nature couvrent la totalité des frais de soins et d'hospitalisation : ainsi, tous les soins estimés nécessaires par les médecins traitants sont pris en charge automatiquement par la Caisse .

Les prestations en espèces sont toujours versées sans limitation jusqu'à la date de reprise du travail ou la date de consolidation .

Nous nous limiterons à indiquer le montant moyen des prestations d'incapacité temporaire en fonction de l'importance du traumatisme et de son évolution . Les prestations en nature sont proportionnelles à l'importance du traumatisme et des soins nécessaires . Les prestations en espèces varient, au contraire, en fonction du salaire de base du travailleur et de la durée de l'arrêt de travail .

	nombre de cas	Moyenne par sujet	
		durée d'I.T.T.	total des prestations d'I.T.T. (fr.)
traumatismes légers séquelles légères	25	95	9.831,21
traumatismes légers séquelles importantes	3	108	13.158,01
traumatismes importants séquelles légères	9	144	16.434,86
traumatismes importants séquelles importantes	4	204	22.383,86
traumatismes importants séquelles très importantes	3	371	38.337,45
traumatismes très importants séquelles légères	1	223	15.430,15
traumatismes très importants séquelles importantes	3	209	32.447,97
traumatismes très importants séquelles très importantes	4	417	47.349,25

Comme ces chiffres le montrent, la réparation assurée par la Sécurité Sociale pendant la période d'incapacité temporaire est loin d'être négligeable . Ainsi, un accident du travail entraînant un arrêt de travail de près de 3 mois pour un traumatisme crânien léger avec des séquelles légères coûte près de 10.000 francs à la Sécurité Sociale, uniquement en prestations d'incapacité temporaire .

B / LES PRESTATIONS D'INCAPACITE PERMANENTE

Le versement de prestations d'incapacité permanente est réservé aux cas où il persiste des séquelles durables de l'accident . Ainsi les prestations d'incapacité permanente sont proportionnelles à l'importance des séquelles c'est-à-dire du taux d'I. P. P.

1°- Les taux d'incapacité permanente partielle (I. P. P.)

a) Le taux global initial d'I. P. P.

C'est le premier taux d'I. P. P. attribué par la Caisse après la consolidation .

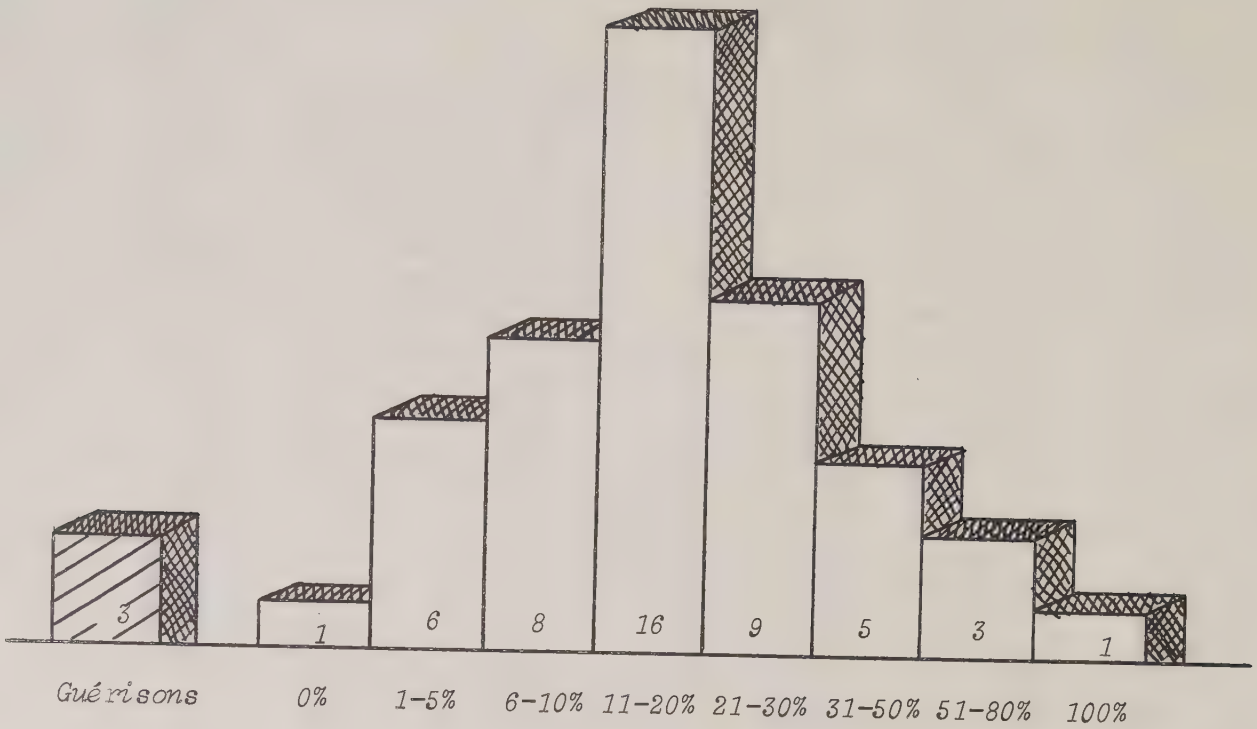
Parmi les 52 cas de notre étude, nous avons relevé la répartition suivante des taux initiaux d'I. P. P. :

- Guérisons ..... 3 cas

- Consolidation
  - avec un taux de 0 % 1 cas
  - de 1% à 5% = 6 cas
  - de 6% à 10% = 8 cas
  - de 11% à 20% = 16 cas
  - de 21% à 30% = 9 cas
  - de 31% à 50% = 5 cas
  - de 51% à 80% = 3 cas
  - de 100% = 1 cas

TAUX MOYEN D'I. P. P.

= 21, 7 %


3
1
6
8
16
9
5
3
1
Guérisons
0%
1-5%
6-10%
11-20%
21-30%
31-50%
51-80%
100%

Ainsi, dans 4 cas (3 cas de guérisons et 1 cas où le taux d'I. P. P. est de 0%), l'état de santé des accidentés ne donnait lieu à aucun versement de prestation d'incapacité permanente, en l'absence de toute séquelle des lésions initiales de l'accident : le dossier d'accident du travail était clos, pour chacun de ces traumatisés crâniens .

A la vue de la répartition des différents taux d'I. P. P. attribués, nous notons une très grande différence entre l'importance des séquelles constatées par les médecins du Centre de Cénac, à la sortie des blessés, et les taux d'I. P. P. attribués par la Caisse de Sécurité Sociale.

Nous notions, en effet, plus haut, que les médecins du Centre de Cénac ont constaté la répartition suivante des séquelles, à la sortie des traumatisés de ce Centre :

	nombre de cas	%
séquelles très légères	30	59
séquelles légères	5	9
séquelles importantes	10	19
séquelles majeures	7	13

Or, la Caisse de Sécurité Sociale a attribué les taux d'I. P. P. suivants, pour la même population, à quelques mois d'intervalle :

	nombre de cas	%
Inférieur ou égal à 5%	7 + 3 guérisons	19
de 6% à 10%	8	15
de 11% à 50%	30	58
supérieur à 50%	4	8

Alors que les médecins du Centre de Cénac estimaient que la majorité des 52 traumatisés de notre étude sortaient avec des séquelles tout au plus "légères" les médecins du Contrôle Médical de la Caisse ont attribué dans la majorité des cas des taux d'I. P. P. entre 11% et 50% . Cette différence, comme nous le verrons par la suite, provient de la différence des critères d'appréciation des séquelles .

b) Etude comparative entre l'importance des séquelles médicalement constatées à la sortie du Centre de Cénac et les taux d'I. P. P. attribués par la Caisse .

- Présence de séquelles très légères à la sortie de Cénac : - 30 cas .

La répartition des taux d'I. P. P., pour cette série, est la suivante :

- Guérisons ..... 3 cas

- Consolidations
  - à 0% ..... 1 cas
  - de 1% à 5% ..... 5 cas
  - de 6% à 10% ..... 7 cas
  - de 11% à 20% ..... 13 cas
  - de 21% à 30% ..... 1 cas

Taux moyen d'I.P.P.=11%

- Présence de séquelles légères à la sortie de Cénac : 5 cas .

La répartition des taux d'I. P. P., pour cette série est la suivante :

-Consolidations avec I. P. P. de 1% à 5% = 1 cas
de 6% à 10% = 1 cas
taux moyen d'I. P. P. de 11% à 20% = 1 cas
= 15 % de 21% à 30% = 2 cas

- Présence de séquelles importantes à la sortie de Cénac : 10 cas .

La répartition des taux d'I. P. P., pour cette série, est la suivante :

-Consolidations avec I. P. P. de 11% à 20% = 2 cas
de 21% à 30% = 5 cas
taux moyen d'I. P. P. de 31% à 40% = 2 cas
= 28 % de 41% à 50% = 1 cas

- Présence de séquelles majeures à la sortie de Cénac : 7 cas .

La répartition des taux d'I. P. P., pour cette série, est la suivante :

-Consolidations avec I. P. P.
inférieure à 50% = 2 cas
taux moyen d'I. P. P. de 51% à 70% = 4 cas
= 58 % de 100% = 1 cas

c) Etude comparative de l'évolution des taux d'I. P. P. pour les mêmes catégories de traumatisés .

(voir tableau, page suivante)

	guérisons	évolution du taux d'I. P. P.		
		diminution	maintien	aggrav.
séquelles très légères	3 cas	8 cas	18 cas	1 cas
séquelles légères	-	1 cas	4 cas	-
séquelles importantes	-	2 cas	5 cas	3 cas
séquelles majeures	-	3 cas	2 cas	2 cas

Ainsi pour les 49 cas, où une consolidation a été fixée et un taux d'I. P. P. attribué, l'évolution de ce taux d'I. P. P. a été la suivante :

- maintien du taux ..... 29 cas
- diminution du taux ..... 14 cas
- aggravation du taux ..... 6 cas

2°- Le montant de la Rente-AT.

Il est très difficile de comparer les chiffres des différentes rentes-AT de cette étude .

En effet, la fixation du montant de ces rentes s'étend sur trois ans et le montant de ces rentes est sensible aux variations des salaires pendant cette période . Il faut donc comparer les chiffres des rentes-AT par rapport aux moyennes de taux d'I. P. P. et aux moyennes de salaires pour une même période donnée .

	Dates de fixation de la rente-AT		
	1970	1971	1972
salaire mensuel moyen	1.000 Frs.	1.200 Frs.	1.400 Frs
taux d'I. P. P.moyen	18%	20%	20%
rente trimestrielle moyenne	315 Frs.	405 Frs.	430 Frs.
valeur de 1% de rente par an	70 Frs.	81 Frs.	86 Frs.

Ces différents chiffres ne doivent être pris que comme ordre de grandeur permettant une comparaison entre les différentes rentes -AT de cette étude, mais ils ne peuvent pas servir au calcul d'une rente à partir d'un taux d'I. P. P. donné . Nous avons d'ailleurs vu, dans la première partie de notre étude, la complexité du calcul de la rente-AT : chaque rente est un cas particulier et le montant est fonction à la fois du salaire du travailleur , du taux d'I. P. P. et du moment où elle est fixée .

3°- Versement d'un capital .

Dans 5 cas, dans notre étude, le taux d'I. P. P. étant très faible, le traumatisé a reçu un capital versé en une seule fois, représentant la totalité des prestations d'incapacité permanente . Ce capital est fonction du taux d'I. P. P., du salaire de base du travailleur et de l'âge de celui-ci .

Dans notre étude, nous avons relevé les chiffres suivants , pour les 5 cas de capitalisation, des prestations d'incapacité permanente :

- Taux moyen d'I. P. P. = 4 %
- Moyenne d'âge = 27 ans
- capital moyen = 2.400 francs
  - soit : 1 % = 600 frs.

C / LES DELAIS DE L'INDEMNISATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE

1°- Les durées d'arrêts de travail.

- Arrêt de travail :
  - de 1 à 2 mois = 6 cas
  - de 2 à 3 mois = 13 cas
  - de 3 à 4 mois = 10 cas
  - de 4 à 6 mois = 7 cas
  - de 6 à 9 mois = 4 cas
  - de 9 à 12 mois = 4 cas

- Pas de reprise du travail = 8 cas

Durée moyenne d'arrêt de travail = 137 jours.

2°- La date de consolidation.

Comme nous l'avons vu précédemment, la consolidation est une décision administrative qui est en rapport avec la fixation des séquelles de façon durable mais elle est indépendante de la date de reprise du travail. Bien souvent, la reprise du travail précède la date de la consolidation, parfois, elle coïncide avec la consolidation, mais la consolidation peut être décidée, même si la reprise du travail n'a pas été faite soit en raison de l'importance des séquelles empêchant tout travail, soit par volonté du blessé de ne pas reprendre le travail bien que les séquelles soient fixées.

Dans notre étude, nous trouvons les délais suivants entre la consolidation et la reprise du travail :

- Guérisons = 3 cas (6%)
- Consolidation sans reprise du travail = 8 cas (16%)
- Consolidation avec reprise du travail = 41 cas (78%)

. Dont :

- reprise du travail en même temps que la consolidation ..... 21 cas
- reprise du travail moins de un mois avant la consolidation ..... 3 cas
- reprise du travail de un à deux mois avant la consolidation ..... 4 cas
- reprise du travail de 2 à 4 mois avant la consolidation ..... 5 cas
- reprise du travail plus de 4 mois avant la consolidation ..... 8 cas

. Quand la reprise du travail a eu lieu avant la consolidation, elle s'est faite, en moyenne : 90 jours avant la consolidation .

3°- Délai entre la consolidation et la fixation du taux d'I. P. P.

C'est pendant ce délai que s'effectue l'expertise du blessé par le Contrôle Médical de la Caisse de Sécurité Sociale .

Le délai moyen entre la consolidation et la fixation du taux d'I. P. P., pour les cas de notre enquête est :

- inférieur à 3 mois dans 36 cas (73%)
- supérieur à 3 mois dans 13 cas (27%)

soit en moyenne = 80 jours .

4°- Délai entre la fixation du taux d'I. P. P. et le calcul de la Rente-AT .

Ce délai représente le temps qui est nécessaire pour effectuer le calcul de la rente-AT en fonction du salaire du travailleur et du taux d'I. P. P. attribué par le Comité des Rentes de la Caisse .

Dans les cas d'accidents graves, où on prévoit dès le début des soins la persistance de séquelles durables, les pièces du dossier de rente sont réunies avant la consolidation en prévision du calcul de la rente (revenus, enquête sur l'accident, etc ...) : dès réception du taux d'I. P. P., le calcul peut être commencé sans retard .

Pour les dossiers de notre étude, le délai moyen de calcul de la rente est de 30 jours .

Le versement de la rente intervenant dans le trimestre qui suit la date du calcul, le versement de la rente-AT a donc lieu en moyenne 75 jours après la date de la fixation de la consolidation .

D / LE MONTANT TOTAL DES PRESTATIONS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Il est difficile de rentrer dans le détail des prestations fournies aux accidentés du travail de cette étude, car elles sont multiples et diverses .

Nous avons déjà donné les chiffres concernant les prestations d'incapacité temporaire : durée de l'Incapacité temporaire totale de travail et montant des prestations d'incapacité temporaire, exprimées en moyenne pour un sujet et en fonction de l'importance du traumatisme .

Nous donnerons pour chaque catégorie de traumatismes trois chiffres :

- la durée moyenne de l'incapacité temporaire totale de travail qui donne une indication sur l'importance du traumatisme et de ses conséquences .

- le taux d'incapacité permanente partielle moyen, qui donne une indication sur l'importance des séquelles résiduelles de l'accident .

- le montant moyen du total des prestations fournies par la Sécurité Sociale . Ce total comprend :

  . le total des prestations d'incapacité temporaire (prestations en nature et en espèces)

  . les prestations fournies en cas de rechute

  . le total des prestations fournies en cas de reclassement professionnel .

  . le "capital représentatif" de la rente accident du travail . Ce "capital représentatif" donne une estimation du total des rentes trimestrielles qui seront servies au travailleur jusqu'à sa mort . Ce "capital représentatif" est obtenu en multipliant le montant de la rente annuelle par un coefficient qui est fonction de l'âge du blessé . Ce capital réprésentatif ne donne qu'une estimation : parfois les dépenses effectives de la Caisse seront inférieures (en cas de diminution du taux d'I. P. P. ou de décès prématuré du blessé), le plus souvent, les dépenses effectives de la Caisse seront supérieures, car la rente est revalorisée deux fois par an en fonction de l'augmentation générale du coût de la vie et cette augmentation est toujours supérieure à l'estimation initiale .

	nombre de cas	durée moyenne d'I. T. T.	taux moyen d'I. P. P.	moyenne du total des prestations S.S.
traumatismes légers séquelles légères	25	95 j.	11 %	21.432, 18 Fr.
traumatismes légers séquelles importantes	3	108 j.	28 %	38. 570, 52 Fr.
traumatismes importants séquelles légères	9	144 j.	13 %	39. 162, 85 Fr.
traumatismes importants séquelles importantes	4	204 j.	38 %	92. 184, 89 Fr.
traumatismes importants séquelles très importantes	3	371 j.	44 %	158. 567, 90 Fr.
traumatismes très importants séquelles légères	1	223 j.	12 %	31. 087, 35 Fr.
traumatismes très importants séquelles importantes	3	209 j.	21 %	60. 475, 46 Fr.
traumatismes très importants séquelles très importantes	4	417 j.	83 %	239. 882, 83 Fr.

IV - LE RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE DE L'ACCIDENT

Rappelons que dans notre étude, nous avons dénombré 32 cas d'accidents du travail avec tiers . Il s'agit d'accidents de la circulation pendant le travail et d'accidents du trajet .

Le partage des responsabilités entre l'accidenté du travail et le tiers en cause s'établit comme suit :

- faute de l'accidenté du travail (responsable) dans 13 cas (40 %)
- faute du tiers (accidenté du travail victime) dans 18 cas
- responsabilité partagée dans 1 cas } (60 %)

Ainsi, dans 19 cas (18 cas où le tiers est responsable et 1 cas où il y a partage de la responsabilité) il y a eu une procédure de réparation supplémentaire de la victime, en plus de la réparation assurée par la Caisse de Sécurité Sociale .

A / LES DIFFERENTES PROCEDURES EMPLOYEES

Comme nous l'avons souligné dans la première partie de notre exposé, plusieurs possibilités sont offertes à la victime pour obtenir cette réparation supplémentaire .

Dans un premier temps, les deux parties en présence essaient de conclure un accord amiable . Si un accord n'intervient pas, la victime porte plainte en réparation auprès d'un Tribunal Civil, pour autant que la responsabilité du tiers en cause soit une responsabilité civile .

En cas de responsabilité pénale du tiers en cause, l'affaire est jugée devant un Tribunal Pénal et la victime peut se porter partie civile pour obtenir une réparation du dommage corporel subi .

Toutes ces différentes procédures ont été utilisées dans l'ensemble des 19 cas de notre étude où il y a eu procédure contre le tiers en cause dans l'accident .

1°- Les accords amiables : 4 cas (21%)

a) Cas de responsabilité totale du tiers :3 cas

L'assurance du tiers reconnu responsable d'un commun accord a versé une indemnité à la victime .

Cependant, dans deux cas sur les trois, cette indemnité était inférieure au total des prestations fournies par la Caisse de Sécurité Sociale : celle-ci étant remboursée en priorité la victime n'a pas touché personnellement cette indemnité qui a été versée directement à la Caisse de Sécurité Sociale en remboursement des prestations qu'elle a fournies au titre de l'Assurance contre les accidents du travail .

Dans le troisième cas, la victime de l'accident a reçu une indemnisation personnellement .

b) Cas de responsabilité partagée : 1 cas

La responsabilité étant partagée, aucune des deux parties en cause n'a reçu d'indemnisation complémentaire .

Dans ce cas, la victime de l'accident du travail n'a perçu que les prestations de la Sécurité Sociale .

2°- Le Tribunal Civil : 1 cas (5%)

Il s'agit d'un refus d'accord amiable entre les deux parties .

Dans un premier temps, le Parquet n'a retenu aucune "faute caractérisée" contre l'une ou l'autre des parties : il n'y a donc pas eu de procédure pénale engagée .

Dans un deuxième temps, les deux parties ont tenté de conclure un accord amiable qui n'a pas abouti .

C'est, enfin, devant le Tribunal de Grande Instance que la victime a obtenu des "dommages et intérêts" en réparation du dommage corporel subi dans l'accident .

3°- Les Tribunaux pénaux : 14 cas (74%)

Dans ces 14 cas, l'enquête de Police a retenu une "faute caractérisée" contre le tiers en cause : l'affaire a été jugée devant le Tribunal de Police ou le Tribunal Correctionnel .

- Tribunal de Police dans 3 cas .
- Tribunal Correctionnel dans 11 cas .

Le tiers reconnu responsable a été condamné, d'une part à une peine et une amende, et, d'autre part , à verser une indemnité à la victime .

Comme toujours, la Caisse de Sécurité Sociale a été remboursée des frais de prestations fournies à la victime, et le solde de l'indemnité a été versé à la victime en tant que "dommages et intérêts" .

B / L'EXPERTISE JUDICIAIRE DU DOMMAGE CORPOREL

L'évaluation de l'importance du dommage corporel est confiée à un expert accrédité auprès des Tribunaux . Celui-ci détermine, outre le taux de l'incapacité permanente partielle du blessé, l'importance du préjudice extrapatrimonial (quantum doloris, préjudices esthétique et personnel) .

Comme nous l'avons déjà signalé, le taux judiciaire d'incapacité permanente partielle est fixé "une fois pour toutes" et, au contraire du taux d'I. P. P. accordé par la Caisse de Sécurité Sociale, ne peut être révisé en diminution : on ne peut modifier "la chose jugée". De plus, la réparation judiciaire, au contraire de celle assurée par la Caisse qui est "forfaitaire", doit être "la plus complète possible".

Ceci explique les différences que l'on peut constater entre les taux d'I. P. P. judiciaires et les taux d'I. P. P. accordés par la Caisse de Sécurité Sociale pour le même blessé.

1°- Les différents taux judiciaires d'I. P. P.

Les 4 cas de notre étude qui ont été réglés par accords amiables n'ont pas donné lieu à une expertise.

Seuls les 15 cas qui ont été réglés devant les Tribunaux ont donné lieu à une expertise médico-légale. Pour ces 15 cas, les différents taux d'I. P. P. ont été les suivants :

- de 5% à 10% dans 4 cas
- de 11% à 20% dans 5 cas
- de 21% à 30% dans 4 cas
- de 31% à 50% dans 2 cas

Moyenne des taux judiciaires d'I. P. P. = 22 %

2°- Comparaisons entre les taux judiciaires d'I. P. P. et les taux d'I. P. P. accordés par la Caisse.

Dans notre étude, pour les 15 cas où il y a eu expertise judiciaire, nous avons relevé :

- un taux judiciaire d'I. P. P. supérieur au taux d'I. P. P. de la Caisse dans 9 cas .

- un taux judiciaire d'I. P. P. égal au taux d'I. P. P. de la caisse dans 6 cas .

Dans le cas où le taux d'I. P. P. judiciaire est supérieur au taux d'I. P. P. de la Caisse de Sécurité Sociale, la différence est de 6, 5 % en moyenne .

3°- L'importance du préjudice extra-patrimonial .

Dans notre étude, pour les 15 cas où il y a eu expertise judiciaire, nous avons relevé pour les différents préjudices extra-patrimoniaux :

- Le Quantum doloris a été :

. léger ..... dans 3 cas
. moyen ..... dans 5 cas
. important ..... dans 7 cas

- Le préjudice esthétique a été :

. léger ..... dans 11 cas
. important ..... dans 4 cas

- Le préjudice d'agrément n'a été accordé que dans un seul cas : préjudice d'agrément "léger" .

C / LE MONTANT DE L'INDEMNISATION JUDICIAIRE

1°- Indemnisation judiciaire totale .

Dans l'ensemble des 15 cas jugés devant les Tribunaux, nous avons relevé les chiffres d'indemnités suivants, en moyenne pour un cas :

- Moyenne de la condamnation pécunière totale ..... 75.853 Fr.

- Moyenne du total des prestations remboursées à la Caisse de S.S. ..... 46.440 Fr.

- Moyenne de la part versée à la victime en tant que "Dommages et intérêts" ..... 29.413 Fr.

Ainsi, pour une moyenne de 22 % d'I.P.P. la victime a reçu en moyenne une indemnité complémentaire de près de 30.000 francs en plus des prestations déjà servies par la Sécurité Sociale : prestations, qui, nous l'avons vu, ne sont pas "négligeables" ...

2°- La part de l'indemnisation du préjudice extra-patrimonial .

Nous avons relevé, dans cette étude, les valeurs suivantes pour les différents préjudices extra-patrimoniaux :

- Quantum doloris :
  - . léger ..... 2.000 Fr.
  - . moyen ..... 5.000 Fr.
  - . important ..... 15.000 Fr.

- Préjudice esthétique :
  - . léger ..... 4.000 Fr.
  - . important ..... 15.000 Fr.

- Préjudice d'agrément :
  - . léger ..... 5.000 Fr.

Précisons, enfin, que toutes ces affaires ont été jugées par les Tribunaux de Bordeaux de 1970 à 1974 : Les chiffres n'étant valables, comme nous l'avons déjà souligné dans la première partie de notre exposé, que pour une juridiction donnée et pour une période donnée .

CHAPITRE III

ANALYSE DES DIFFERENTS ELEMENTS DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

°°°

Dans ce chapitre, nous reviendrons sur certains points essentiels de la réparation des accidents du travail que nous avons présentés dans le chapitre précédent, en essayant d'en dégager les grandes lignes et d'illustrer notre propos par des exemples .

I - PROBLEMES POSES PAR L'EVALUATION DES SEQUELLES

La différence qui existe entre l'importance des séquelles retenues par les médecins du Centre de Cénac à la sortie du blessé et l'importance du taux d'I.P.P. attribué au même travailleur par la Caisse de Sécurité Sociale nous a surpris tout au long de notre étude .

En effet, rappelons les deux séries de chiffres que nous avons donnés dans notre chapitre précédent :

- D'une part, les médecins du Centre de Cénac ont relevé, à la sortie des traumatisés, les séquelles d'importances suivantes :

	nombre de cas	%
séquelles très légères	30	59 %
séquelles légères	5	9 %
séquelles importantes	10	19 %
séquelles majeures	7	13 %

- D'autre part, la Caisse de Sécurité Sociale a attribué les taux suivants d'I. P. P.

	nombre de cas	%
taux inférieur ou égal à 5 %	7 +3 guérisons	19 %
I. P. P. de 6% à 10%	8	15 %
I. P. P. de 11% à 50%	30	58 %
I. P. P. supérieure à 50%	4	8 %

Alors que les médecins du Centre de Cénac ne constataient dans la majorité des cas que des "séquelles très légères" des blessures de l'accident du travail, les taux d'incapacité permanente partielle se situent en majorité entre 11% et 50% , taux qui représentent des "séquelles importantes" .

Pour analyser les raisons de ces différences, nous devons envisager plusieurs aspects du problème de l'évaluation des séquelles des traumatismes crâniens en matière d'accidents du travail .

A / DEFINITIONS DE L'IMPORTANCE DES SEQUELLES

Par "Séquelles" il faut entendre : toutes lésions ou troubles fonctionnels résultant des lésions traumatiques initiales et qui présentent un caractère durable et fixe .

De plus, nous devons préciser les critères que nous avons retenus pour définir les différents degrés d'importance des séquelles .

-"Séquelles très légères" :
Il s'agit de troubles essentiellement subjectifs et transitoires, qui doivent s'estomper et disparaître avec le temps : impression vertigineuse, céphalées transitoires, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, etc ...

- "Séquelles légères" :
Il s'agit des mêmes troubles subjectifs, survenant de façon plus importante, mais n'entravant en aucune façon une reprise de travail .

-"Séquelles importantes" :
Il s'agit de séquelles à la fois subjectives, fonctionnelles et organiques présentant un handicap pour le travail et la vie normale du travailleur : vertiges (avec perturbations de l'ENG), diplopie, céphalées rebelles, troubles de l'électrogénèse diffus, hypoacousie, etc ...

-"Séquelles majeures" :
Il s'agit de troubles psychiatriques ou neurologiques handicapant ou interdisant le travail : détérioration mentale, troubles fonctionnels moteurs, épilepsie, cécité, surdité, etc ...

Pour ces différentes catégories de séquelles, nous estimons que devraient correspondre les taux d'I. P. P. suivants :

- pour "Séquelles très légères" :
  taux d'I. P. P. inférieur ou égal à 5% (ou bien guérison)
- pour "séquelles légères" : taux d'I. P. P. de 6% à 10%.
- pour "séquelles importantes" : taux d'I. P. P. de 11% à 50 %
- pour "séquelles majeures" : taux d'I. P. P. supérieur à 50 % .

B / PROBLEMES DE L'EVALUATION ET DE L'INDEMNISATION DES SEQUELLES SUBJECTIVES DES TRAUMATISMES CRANIENS .

1°- Position du problème .

Prenons deux exemples de traumatismes crâniens "légers" :

(voir tableau page suivante)

	Monsieur ROU...	*Monsieur LE GAL...*
METIER	26 ans - Etudes primaires Monteur en Métallurgie - 1.600 Frs / mois	28 ans - Etudes primaires Chauffeur Poids Lourds - 1.200 Frs / mois
CCIDENT	CHUTE sur le chantier	ACCIDENT DE TRAJET (Cyclo)
MPORTANCE DU DOMMAGE CORPOREL	P.C.I. Fracture occipitale Disjonction des sutures Hypoacousie Dte Diplopie	P.C.I. Fracture occipitale PAS DE TROUBLE NEUROLOGIQUE
DUREES	CHU = 11 J. CENAC = 29 J. = TOTAL = 40 J.	CHU 6 J. CENAC = 10 J. = TOTAL = 16 J.
QUELLES la sortie le CENAC	Légère DIPLOPIE	AUCUNE SEQUELLE
nostic de prise du travail	Reprise du travail dans 15 J.	Reprise du travail "Le plus tôt possible"
lai effec- de reprise travail	78 jours après la sortie de CENAC	16 jours après la sortie de CENAC
DUREE l'arrêt travail	118 jours	32 jours
Taux I.P.P.	4 % "Pour troubles subjectifs" (EEG + ENG : normaux)	15 % "Pour troubles subjectifs" (EEG + ENG : normaux)

D'une part, nous avons un traumatisme crânien léger, avec des troubles neurologiques entraînant un arrêt de travail de près de 4 mois, la persistance d'une légère diplopie à la sortie du Centre de Cénac, et un taux d'I. P. P. de 4 % pour "troubles subjectifs" .

D'autre part, nous avons un traumatisme crânien d'égale importance, avec, toutefois, l'absence de trouble neurologique entraînant un arrêt de travail de un mois seulement, ce qui tendrait à confirmer l'absence de séquelle constatée à la sortie du Centre de Cénac, mais un taux d'I. P. P. de 15 % pour "troubles subjectifs".

Cette contradiction entre ces deux situations pourrait paraître caricaturale, mais elle s'explique par le fait que les séquelles subjectives des traumatismes crâniens sont constituées plus souvent par des "doléances" que par des données objectivement authentifiables par des examens complémentaires .

En l'absence de trouble organique ou de perturbation des résultats des examens complémentaires, l'appréciation de l'incapacité permanente partielle sera faite par le médecin-conseil de la Caisse, de façon subjective, en fonction des "doléances" du blessé . Et on peut dire, en matière d'indemnisation de séquelles subjectives: " qui ne se plaint de rien, n'a rien ..."

2°- Les différences de l'appréciation des séquelles par le médecin-traitant et le médecin-conseil de la Caisse .

Le médecin-conseil est obligé par la Loi de tenir compte de tout élément qui marque une différence entre l'état antérieur à l'accident et l'état présent du blessé .

Toute doléance du blessé doit être prise en compte par le médecin-conseil comme un signe du non-retour "ad integrum" du blessé : à ce titre, elle constitue une séquelle indemnisable .

La différence d'appréciation des séquelles provient du fait que le médecin traitant , d'une part, et d'autre part, le médecin-conseil de la Caisse ont deux "optiques" radicalement opposées du problème :

- D'une part, le médecin traitant a la volonté de guérir son malade, de l'aider à retrouver un état de santé le plus proche possible de l'état antérieur à l'accident, et à oublier le plus possible l'épisode dramatique de l'accident .

- D'autre part, le médecin-conseil a la volonté d'apprécier un dommage corporel et une incapacité permanente partielle : il n'est plus question de guérir un état pathologique mais de l'apprécier et de le quantifier pour l'indemniser comme tel .

Cette différence d' "optique" du problème des séquelles découle d'une différence du rôle de chacun .

- D'une part, le médecin traitant cherche à dédramatiser les troubles subjectifs ressentis par le blessé et à les diminuer en incitant à une reprise la plus rapide possible du travail .

- D'autre part, le médecin-conseil considère toute doléance du blessé comme un élément de "non-retour ad integrum" et détermine pour cela un taux d'incapacité permanente partielle .

D'un côté , nous avons un médecin qui applique une thérapeutique, et, de l'autre côté, un médecin qui constate et calcule le pourcentage d'échec de la thérapeutique médicale .

Tout ceci explique les différences entre les taux d'I. P. P. dans les deux exemples que nous donnions plus haut .

- Dans un des cas, bien que le traumatisme ait nécessité une rééducation et une réadaptation longue, le blessé n'a accusé, au moment de l'expertise du Contrôle médical de la Caisse, que des troubles subjectifs très légers pour lesquels on a attribué un taux d'I. P. P. de 4% .

- Dans l'autre cas, bien que le traumatisme ait eu moins de conséquences dans l'immédiat et que la reprise du travail ait eu lieu après seulement un mois d'arrêt de travail, le blessé s'est plaint de nombreux troubles subjectifs lors de l'expertise du Contrôle Médical de la Caisse : le neuro-psychiatre les a retenus comme constituant une incapacité permanente partielle de 15 % .

3°- Limites des examens complémentaires en cas de séquelles subjectives des traumatismes crâniens .

Tous les traumatisés crâniens de notre étude ont subi, lors de l'expertise du Contrôle Médical de la Caisse, une série d'examens complémentaires de façon quasi-systématique . A savoir :

- des radiographies du crâne,
- un électroencéphalogramme, (E. E. G.)
- un électronystagmogramme (E. N. G.)
- un audiogramme
- un fond d'œil et une campimétrie .

La négativité des résultats de ces examens complémentaires indique l'absence de phénomène pathologique organique, mais elle n'implique nullement l'absence de toute séquelle .

Comme nous l'avons déjà souligné, la simple doléance par le blessé d'une perturbation, même subjective, de l'état de santé, peut être considérée comme une séquelle de l'accident du travail . L'imputabilité d'origine d'un fait pathologique secondaire à un accident du travail oblige le médecin-conseil à prendre en compte tout élément pathologique secondaire à cet accident du travail .

Bien que nous ne mettions pas en question la prise en compte des séquelles subjectives d'un traumatisme crânien, nous nous permettrons de faire quelques remarques sur l'importance accordée à ces séquelles par l'expert .

C / IMPORTANCE DE LA PERSONNALITE DU BLESSE ET DE CELLE DE L'EXPERT

1°- Rôle de la personnalité du blessé dans la genèse des séquelles subjectives de l'accident .

Deux exemples illustreront ce rôle prépondérant pris, dans certains cas, par le blessé dans sa réadaptation à une vie normale ou bien, au contraire, dans la constitution d'une maladie psychiatrique invalidante : "la névrose post-traumatique" .

Exemple n°1 : Mr. DOM...

- 51 ans- espagnol, marié, sans scolarité .
- coffreur charpentier avec un salaire mensuel de 1.200 Fr. par mois .
- victime d'un accident de trajet en cyclomoteur, a été heurté par une voiture .
  (était en tort dans cet accident) .
- Il souffrait d'une perte de connaissance initiale, d'une fracture temporo-pariétale droite, d'une hémianopsie transitoire, d'une contusion thoracique sans fracture .
- hospitalisé 53 jours en milieu hospitalier neurochirurgical, puis admis 103 jours au Centre de réadaptation de Cénac .
- à sa sortie du centre de Cénac, il souffre "de quelques vertiges et d'une impression d'angoisse", mais d'aucune séquelle pouvant retarder la reprise du travail que l'on souhaite le plus rapide possible . A noter, seulement un EEG un peu perturbé en hyperpnée .

- En fait, il ne reprend pas son travail : s'inscrit au chômage et refuse de retravailler .
- La consolidation est décidée par expertise sur demande de la Caisse 547 jours après l'accident (soit plus d'un an après sa sortie de Cénac) .
- La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 25% pour "névrose post-traumatique" .

Exemple n°2 : Mr. BON...

- 40 ans , marié, scolarité primaire , C.E. P. et C. A. P. de maçon .
- ouvrier maçon avec un salaire mensuel de 1300 Fr.
- Victime d'un accident de trajet en cyclomoteur dont le tiers est responsable .
- Il souffrait d'une fracture frontale très importante avec fracture de l'étage antérieur, d'un état confusionnel qui dura 4 jours, d'une fracture d'un condyle fémoral et d'un pneumothorax .
- Hospitalisé 17 jours dans un service hospitalier de neurochirurgie, puis admis 42 jours dans le Centre de réadaptation de Cénac .
- Il reprend son travail 5 mois après sa sortie du Centre : soit après un arrêt de travail de 223 jours .
- La consolidation est décidée en même temps que la reprise du travail . La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 12% (dont 5% pour "douleurs du genou" et 7% pour "troubles subjectifs") .

Comme nous le montrent ces deux exemples, la réadaptation du traumatisé crânien est bien plus fonction de la personnalité de celui-ci que de l'importance du traumatisme .

Dans le premier cas, nous avons l'exemple d'un traumatisme de moyenne importance ne laissant que très peu de séquelles organiques, mais à l'occasion duquel se constitue une névrose obsessionnelle de revendications entraînant une inactivité professionnelle .

Dans le second cas, malgré un traumatisme crânien très important, le travailleur a accompli une réadaptation courageuse qui lui permet de reprendre son travail avec peu de séquelles .

Dans le premier cas, il s'agit d'un travailleur immigré souffrant d'une malinsertion socio-professionnelle en France : l'accident a été pour lui le "révélateur" de cet état accentué par un caractère ethnique .

Dans le second cas, les efforts de réadaptation ont abouti à une "meilleure qualité de la vie" .

Alors que la réadaptation va peu à peu diminuer l'importance des séquelles du traumatisme, le taux d'incapacité permanente partielle résiduelle va diminuer de ce fait : cette baisse du taux d'I. P. P. du fait d'une bonne réadaptation peut entraîner, dans certains cas, un sentiment de frustration du travailleur du fait de la diminution de ses espoirs de rente-AT . Cette pénalisation par l'argent de la réadaptation est un écueil pour cette réadaptation : le travailleur doit comprendre que " son bien réel" est dans une réadaptation la plus complète possible et non dans l'obtention d'une rente-AT élevée.

Il est difficile de parler de "simulation", mais il est indéniable que, dans certains cas, le travailleur essaie de faire accréditer le maximum de troubles pour obtenir une rente-AT la plus élevée possible .

2°- Importance de la personnalité de l'expert .

Le rôle de l'expert ou du médecin-conseil de la Caisse est d'apprécier le plus objectivement possible l'importance des séquelles de l'accident . Comme nous l'avons déjà souligné, dans le cas de séquelles subjectives sans perturbation des résultats des examens complémentaires, le taux d'I. P. P. dépend seulement de l'appréciation personnelle de l'expert .

Face aux doléances du blessé, l'expert peut soit minimiser ces troubles invoqués et n'accorder aucun taux d'incapacité permanente partielle, soit, tout en leur gardant un caractère mineur, accorder un taux faible d'I. P. P., soit, au contraire, accorder un taux d'I. P. P. assez élevé pour contenter le blessé dans ses revendications et par là même désamorcer une réaction en chaîne de revendications .

Si, sur le principe, il n'y a pas lieu de contester le fait que telle ou telle séquelle est indemnisable parce que consécutive à un accident du travail, nous pouvons émettre quelques réserves sur l'importance qui leur est accordée par l'expert .

Il se pose tout d'abord un problème de langage : la différence entre un "syndrome subjectif post-commotionnel" , une "névrose post-traumatique", une "sinistrose", etc ... est relativement nette dans les cas extrêmes, mais le plus souvent tous les signes neuro-psychiatriques sont intriqués et l'expertise neuro-psychiatrique est fonction des conceptions de l'expert .

Par ailleurs, certains troubles sont pris en compte par plusieurs experts parce qu'intriqués dans plusieurs domaines : par exemple, un vertige sera apprécié à la fois par le spécialiste O. R. L; et le neuro-psychiatre, ce qui donne lieu à une addition de taux d'I. P. P. pour une même séquelle .

Enfin, se pose le problème des "névroses post-traumatiques" dans la genèse desquelles la personnalité du blessé joue un bien plus grand rôle que le traumatisme lui-même . Dans quelle mesure doit-on indemniser un état pathologique dû à une perturbation de la personnalité du blessé et dans lequel l'accident n'a joué qu'un rôle de "révélateur de la personnalité " ? Encore une fois, nous ne contestons nullement le fait d'indemniser de telles séquelles, mais notre critique porte sur l'importance que certains experts leur donnent .

II - PROBLEMES POSES A LA REPRISE DU TRAVAIL

La reprise du travail concrétise le succès des divers traitements médicaux, chirurgicaux, neuro-psychiatriques, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle du blessé . Elle n'est cependant pas la fin de tous les problèmes intéressant les médecins .

Le mode de reprise du travail, les difficultés rencontrées par le travailleur tout comme la possibilité d'effectuer un reclassement professionnel , interviennent dans la réparation du dommage corporel de l'accidenté du travail : la "réparation" ayant pour but la reprise d'une activité socio-professionnelle la plus complète et le plus rapidement possible .

A / PROBLEMES DE LA FIXATION DE LA DATE DE REPRISE DU TRAVAIL

Comme nous l'avons déjà souligné, lorsque le blessé sort du Centre de réadaptation spécialisée de Cénac, les médecins du Centre le confient à son médecin traitant pour la suite du traitement et la fixation de la reprise du travail , tout en émettant un pronostic sur le délai souhaitable de cette reprise du travail .

Comme nous l'avons vu, il existe une grande différence entre les délais souhaités de reprise du travail et les délais effectifs de cette reprise du travail .

Rappelons les chiffres :

dans le cas où le délai souhaité était :	nomb. de cas	le délai effectif moyen de reprise du travail fut :
le plus tôt possible	32 cas	25 jours
dans les 15 jours	8 cas	87 jours
dans un à deux mois	3 cas	111 jours
"pronostic réservé"	9 cas	plus de 7 mois (en cas de reprise du travail)

- De plus, dans les 40 cas où les médecins du Centre envisageaient une reprise du travail dans les 15 jours au maximum, nous ne retrouvons ce délai de 15 jours (entre la sortie du Centre et la reprise du Travail) que dans 14 cas seulement (soit 35% des cas) .

Il nous faut donc rechercher les raisons de cette différence entre les délais souhaités par les médecins du Centre et les délais effectifs de reprise du travail.

Cette différence peut, tout d'abord, s'expliquer par une mauvaise appréciation de l'importance des séquelles résiduelles de l'accident de la part des médecins du Centre . Ils peuvent sous-estimer l'importance des séquelles ou la dureté du travail du blessé . Mais cette explication ne vaut que pour quelques cas seulement .

Dans la plupart des cas, la différence entre le délai souhaité et le délai effectif de la reprise du travail est due à des prolongations de l'arrêt de travail par le médecin traitant . Le médecin traitant est l'objet de pressions de la part du blessé qui estime souvent son arrêt de travail trop court à son gré . Le médecin traitant accepte de prescrire cette prolongation d'arrêt de travail pour diverses raisons : tout d'abord, il est bien souvent lui-même persuadé de la nécessité de cette prolongation, estimant qu'un traumatisé crânien a, plus que tout autre blessé ,

besoin de repos: le médecin déconseille dans ce cas la reprise du travail qu'il juge trop précoce . Deuxièmement, le médecin traitant peut être convaincu de l'importance de certains troubles subjectifs accusés par le blessé (céphalées, vertiges, troubles du sommeil, fatigue, etc...) et de la nécessité d'une prolongation de l'arrêt de travail pour laisser s'estomper ces troubles . Enfin, le médecin traitant peut, dans certains cas, ne pas pouvoir refuser un certificat de complaisance ...

Ce retard de reprise du travail peut en outre être motivé par une décision du médecin du travail . En effet, c'est le médecin du travail de l'entreprise qui est habilité, et lui seul, à se prononcer sur "l'aptitude" ou "l'inaptitude" du blessé à son ancien emploi . Soit par surestimation de la gravité du traumatisme crânien et de ses séquelles, soit par l'ignorance des risques réels encourrus par le blessé du fait des séquelles de l'accident , certains médecins du travail font obstacle à la reprise du travail à certains postes des traumatisés crâniens, ou bien retardent la reprise du travail de ceux-ci .

Pour essayer de résoudre ces difficultés que rencontre le blessé lors de la reprise du travail, une coordination entre tous les médecins concernés est nécessaire et indispensable . En effet, toute difficulté rencontrée par le travailleur à la reprise du travail peut anéantir en partie les efforts de réadaptation déjà accomplis . S'il n'y a pas de coordination entre les médecins, le blessé choisira la "voie de la facilité" en se tournant préférentiellement vers celui qui est de son avis .

B / LES PROBLEMES DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Le reclassement professionnel est un des points essentiels de la réadaptation des traumatisés crâniens . En effet, en cas de séquelles importantes, la meilleure "réadaptation" que l'on peut offrir au traumatisé, est de lui fournir la possibilité d'apprendre un

nouveau métier qui sera compatible avec les séquelles de son accident, plutôt que de le laisser "chômeur, même avec une forte rente".

Comme nous l'avons déjà souligné, le reclassement professionnel peut être l'occasion d'une promotion socio-professionnelle en permettant au traumatisé d'acquérir une meilleure qualification professionnelle.

Mais parfois, le reclassement professionnel est rendu impossible, soit par le refus du blessé de changer de travail, soit du fait des difficultés de rattrapage scolaire nécessaire à l'apprentissage du nouveau métier, soit enfin, du fait de l'importance du handicap physique du traumatisé.

Examinons quelques exemples qui illustrent les diverses difficultés rencontrées, mais aussi les succès du reclassement professionnel.

Exemple n° 1 : Mr. MON...

- 40 ans, marié, scolarité primaire.
- chauffeur poids lourds avec un salaire mensuel de 1.600 Fr.
- victime d'un accident de la route sans tiers pendant son travail (en camion).
- il souffrait d'une fracture du rocher gauche avec hypoacousie importante. Il est resté en coma vigil pendant 4 jours. Il souffrait de diplopie importante.
- A la sortie du Centre de Cénac (2 mois 1/2 après l'accident), il conservait une importante diplopie et une surdité de perception bilatérale lui interdisant la reprise de la conduite des poids lourds.
- On proposa la possibilité d'un reclassement professionnel au blessé : celui-ci refusa voulant continuer la conduite des poids lourds et ne voulant faire aucun autre métier.
- En fait, à la consolidation, le blessé n'avait pas repris le travail. Quelques mois plus tard, il accepte cependant un poste de travail dans le garage de l'entreprise de transport qui l'employait antérieurement.

- La caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 70 % qui se décomposent en :
  - 40 % pour "sinistrose"
  - 10 % pour "troubles O. R. L."
  - 10 % pour "diplopie"
  - 10 % pour "préjudice professionnel"
- A noter , enfin, qu'un an plus tard, ce blessé malgré les risques qu'il court, a repris la conduite des poids lourds dans une autre entreprise : en effet, lors de l'accident qui est survenu sans tiers, aucune infraction n'avait été relevée contre le blessé, il n'y a donc pas eu de "retrait de permis de conduire", et ce blessé pourtant handicapé, peut recommencer à conduire en toute légalité !....

Exemple n°2 : Mr. CAM...

- 21 ans , célibataire, scolarité primaire,
- manœuvre conducteur d'engin de travaux publics avec un salaire mensuel de 900 Frs.
- Il est victime d'une chute de son engin de T. P. pendant le travail .
- Il souffrait d'une perte de connaissance avec obnubilation pendant 8 jours, d'une fracture fronto-pariétale droite, une fracture du fémur droit et une fracture du bassin .
- A sa sortie du Centre de Cénac (4 mois après l'accident), il conservait une surdité totale gauche et de plus l'enclouage du fémur nécessité pour la réduction de la fracture contre-indiquait la reprise de la conduite des engins de T. P.
- Le reclassement professionnel imposait un rattrapage scolaire en raison de la faible scolarisation du blessé : celui-ci refusa de faire cet effort de scolarisation qui lui paraissait "au-dessus de ses capacités" .
- A la consolidation, il n'a toujours pas repris le travail et reste en chômage .
- La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 50% (dont 25% pour "troubles subjectifs et ORL" et 25% pour "enclouage du fémur") .
- Un an plus tard, il est employé dans un hôpital (toujours sans qualification professionnelle) .

Exemple n°3 : Me. CAB...

- 34 ans, marié, scolarité primaire .
- Monteur en chauffage avec un salaire de 1450 Fr. par mois .
- Victime d'une chute sur les lieux du travail .
- Il souffrait de fractures bilatérales des pariétaux avec fracture du rocher droit et coma vigil de quelques jours.
- A sa sortie du Centre de Cénac (3 mois après l'accident), il conservait une hypoacousie avec des troubles labyrinthiques qui lui interdisent de remonter sur un échaffaudage .
- Après les tests d'orientation, il entreprend un reclassement professionnel de "métreur" . Après un an de reclassement professionnel, le blessé a acquis une nouvelle qualification professionnelle compatible avec les séquelles de l'accident .
- La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 29 % .

Exemple n°4 : Mr. COU ...

- 17 ans, célibataire, scolarité jusqu'en 4ème .
- apprenti monteur électricien - sans salaire .
- victime d'un accident de la circulation pendant son travail .
- Il souffrait d'un coma profond avec signes de décérébration nécessitant une ventilation assistée, de troubles déficitaires du côté droit avec aphasie . Aucune fracture ne fut décelée, mais une angiographie carotidienne mit en évidence une "contusion temporale" .
- A sa sortie du Centre de Cénac (5 mois après l'accident,) il ne conserve que quelques séquelles très légères de l'accident .
- Il reprend son apprentissage 4 jours après sa sortie du Centre de Cénac .
- Le service du reclassement professionnel prend alors en charge la poursuite de son apprentissage de monteur électricien industriel , en lui permettant d'augmenter sa qualification professionnelle .
- La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 20 % pour "troubles subjectifs" .

Comme nous le voyons, les difficultés de reclassement professionnel ne manquent pas . Dans les deux premiers cas, le reclassement professionnel a été impossible beaucoup plus par le refus du blessé de changer de métier que par le fait des séquelles elles-mêmes : la peur du "nouveau" et la volonté de conserver un métier que l'on connaît bien ont été plus fortes que la volonté de se réadapter à une nouvelle vie socio-professionnelle . Dans les deux autres cas, le reclassement professionnel a été un succès et a permis aux travailleurs une meilleure "qualité de vie" à la fois dans le travail et dans la vie courante .

Cet aspect de la réparation des accidents du travail par le reclassement professionnel est un souci constant des responsables du Centre de Cénac : le rôle de la réadaptation est de "réparer le traumatisme" en s'efforçant de redonner au blessé une activité la plus proche de celle antérieure à l'accident du travail .

C / LA POSSIBILITE DE REPRISE DU TRAVAIL A MI-TEMPS

Dans notre étude, nous n'avons relevé que deux cas de reprise du travail à mi-temps . Il convient cependant, de souligner que de nos jours (1975) cette possibilité de reprise du travail à mi-temps est plus utilisée qu'à la période étudiée dans notre enquête (1969 à 1972) . Les employeurs, étant mieux informés des avantages de cette formule, acceptent de plus en plus de reprendre, pour un temps limité, le travailleur accidenté dans un emploi à mi-temps . Il faut, en effet, signaler que l'employeur doit bien souvent recruter un travailleur auxilliaire pour effectuer le complément de travail .

Le traumatisé bénéficiant d'une reprise du travail à mi-temps va se familiariser progressivement avec son métier, aura moins de difficultés pour recommencer son travail et pourra ainsi reprendre son travail plus tôt . Comme nous l'avons vu, le travailleur perçoit un salaire entier pendant cette période .

Le travailleur n'a que des avantages à cette reprise à mi-temps de son travail : reprise du travail sans trop de difficultés parce que progressive, moins de troubles subjectifs dûs à l'angoisse et la crainte de reprendre une activité professionnelle pénible et fatigante, moins de fatigue en fin de journée, pas d'oisiveté génératrice souvent de troubles subjectifs et, enfin, un salaire complet qui évite les problèmes financiers familiaux.

Ainsi, la reprise du travail à mi-temps offre au travailleur un élément de la réparation de son accident du travail, en lui facilitant sa réinsertion socio-professionnelle.

III - LE PROBLEME DU COUT DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL.

Nous avons cité, à plusieurs reprises, tout au long de notre exposé, divers chiffres de prestations fournies par la Caisse de Sécurité Sociale au blessé au titre de l'Assurance contre les accidents du travail.

Nous examinerons, dans ce dernier paragraphe, certains aspects qualitatifs et quantitatifs de cette réparation du dommage corporel par la Caisse de Sécurité Sociale.

A / LES PRESTATIONS D'INCAPACITE TEMPORAIRE

Pour l'ensemble des 52 cas de notre étude, nous avons les chiffres suivants, pour un sujet, en moyenne :

- Durée moyenne d'I. T. T. = 137 jours

- Moyenne du total des prestations d'I. T. T. ..... 18.068,97 Fr.

. dont 38% en frais d'hospitalisation
. 31% en frais de réadaptation
. 25% en indemnités journalières
. 4% en prestations diverses .

La répartition des prestations d'incapacité temporaire entre les frais d'hospitalisation (C. H. U.), de réadaptation spécialisée (Cénac), les indemnités journalières, se fait de la façon suivante, en fonction de l'importance du traumatisme et de ses séquelles, pour un sujet :

(voir tableau, page suivante)

	nombre de cas	moyenne du total des prestations d'I. T. T.	part des prest. pour :		
			C.H.U.	Cénac	indemn. journal.
traumatismes légers séquelles légères	25	9.831,21 Fr.	38%	32%	25%
traumatismes légers séquelles importantes	3	13.158,01 Fr.	46%	27%	23%
traumatismes importants séquelles légères	9	16.434,86 Fr.	39%	30%	19%
traumatismes importants séquelles importantes	4	22.383,86 Fr.	39%	34%	23%
traumatismes importants séquelles très importantes	3	38.337,45 Fr.	23%	17%	50%
traumatismes très importants séquelles légères	1	15.430,15 Fr.	34%	22%	36%
traumatismes très importants séquelles importantes	3	32.447,97 Fr.	32%	46%	17%
traumatismes très importants séquelles très importantes	4	47.349,25 Fr.	43%	33%	22%

Comme nous l'avons déjà souligné, ces prestations servies par la Caisse de Sécurité Sociale, ne sont certes pas versées en totalité directement au blessé, mais elles représentent une réparation du dommage corporel du traumatisé dont, bien souvent, on sous-estime l'importance .

B / LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Dans notre étude, nous avons relevé 6 cas de reclassement professionnel pris en charge par la Caisse de Sécurité Sociale .

Pour une durée de un an de reclassement professionnel les prestations fournies par la Caisse vont de 40.000 Fr. à 50.000 Fr. suivant les cas .

C / LA RENTE-AT

Nous avons déjà souligné la difficulté que l'on a à comparer les chiffres des diverses rentes-AT, celles-ci variant suivant divers facteurs .

Nous avons aussi insisté sur le caractère artificiel du "capital représentatif de la rente" : celui-ci ne représente pas toujours la somme globale effectivement versée par la Caisse au rentier .

Cependant, pour l'ensemble des 49 cas, où une consolidation a été décidée, nous avons relevé les chiffres moyens suivants pour un sujet :

- moyenne du taux d'I. P. P. = 22 %
- moyenne du "Capital représentatif de la rente" = 42.367, 71 Fr.

Ainsi, même pour une variation de quelques pourcentages du taux d'I. P. P., bien que le chiffre de la rente-AT trimestrielle soit peu modifié, il peut y avoir de grandes variations dans le chiffre global des prestations d'incapacité permanente .

D / L'INDEMNISATION COMPLEMENTAIRE JUDICIAIRE DU DOMMAGE CORPOREL

Venant s'ajouter aux chiffres des prestations de la Sécurité Sociale, cette indemnité complémentaire versée après accord amiable ou jugement devant un Tribunal constitue une "réparation" non négligeable du dommage corporel .

Comme nous l'avons souligné, les chiffres moyens, pour les 15 cas de notre étude où il y a eu recours contre un tiers responsable de l'accident, sont les suivants :

- moyenne du total des prestations remboursées à la Caisse de S. S. = 46.440 Fr.

- moyenne de la part versée à la victime en tant que "dommages et intérêts" = 29.413 Fr.

soit au total = 75.853 Fr.

Ainsi, un accidenté du travail victime du fait d'un tiers responsable reçoit une réparation complète du dommage corporel qu'il a subi .

Mais cette "note" est payée par l'assurance du tiers responsable . Si l'on admet que cette assurance du tiers responsable doit non seulement payer cette indemnisation de la victime, mais aussi les dégâts occasionnés de part et d'autre aux véhicules en cause, payer les frais de justice du procès et les honoraires des avocats, nous

arrivons à un chiffre global du coût de l'accident pour cette assurance qui dépasse largement le chiffre de 100.000 Fr. Et encore, les chiffres que nous avons intéressent les années 1969 à 1972 . Tout cela peut expliquer les augmentations sans cesse croissantes des primes d'assurance .

CONCLUSION

Ainsi donc, à tous les niveaux de la réparation, on propose au blessé de "monnayer" ses blessures et leurs séquelles .

L'argent est considéré comme le moyen essentiel de la réparation : le médecin-conseil évalue, le Comité des Rentes de la Caisse fixe le prix, l'avocat fait monter les enchères, les "faux conseillers" invitent à la sinistrose et le travailleur est souvent pris dans un climat de revendications .

La question, à notre avis, est de savoir si le "bien réel" du blessé est de recevoir une compensation en argent, si forte soit-elle , ou bien s'il n'existe pas d'autres formes de réparation du dommage corporel .

Fait-on la place qu'il faut aux possibilités , prévues par la Loi, de prise en charge réelle du blessé : rééducation, réadaptation, reprise du travail à mi-temps, reclassement professionnel, accueil du handicapé dans le milieu du travail et la société, etc ...

La Société ne se décharge-t-elle pas trop vite de ses responsabilités vis-à-vis du blessé en lui attribuant une rente, parce que, peut-être la fixation d'un taux d'I. P. P. et le versement d'une rente, posent moins de problèmes qu'une réadaptation réelle du traumatisé ?

Ne peut-on pas trouver les moyens de diminuer le coût de l'accident du travail par exemple en deux points : d'une part, par une réduction de la durée de l'arrêt de travail qui diminuerait d'autant les prestations d'incapacité temporaire, et d'autre part, par une prévention plus importante du "syndrome subjectif post-commotionnel" qui

réduirait sensiblement les taux d'I. P. P. attribués aux traumatisés crâniens pour ce même "syndrome subjectif post-commotionnel ? "

Indemniser des séquelles est une chose normale et nécessaire, mais prendre les moyens de limiter ces séquelles au maximum est, à notre avis, une "réparation" préférable .

Aussi, une réflexion critique au sujet de la réparation du dommage corporel nous apparaît nécessaire.

TROISIEME PARTIE

REFLEXIONS A PROPOS DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL DES TRAUMATISMES CRANIENS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Dans les deux premières parties de notre exposé, nous avons examiné les différentes modalités de la réparation du dommage corporel dans les accidents du travail .

Cette réparation est essentiellement constituée par l'octroi de différentes sommes d'argent : prestations de toutes sortes de la Caisse de Sécurité Sociale et "dommages et intérêts" versés par le responsable de l'accident . L'argent est employé dans un rôle de réparation compensatrice .

La véritable "réparation" est, à notre avis, plus qu'une attribution de prestations ou de capital : la rente, quel qu'en soit le montant, reste toujours une "prime" que l'on attribue au travailleur blessé et ne doit pas représenter la seule forme de réparation du dommage corporel .

Dans cette troisième partie de notre exposé, nous nous proposons d'envisager une autre "optique" dans le problème de la réparation des traumatismes crâniens .

I - PLACE ET ROLE DE L'EXPERTISE DU CONTROLE MEDICAL DE LA CAISSE DANS LE PROCESSUS DE REPARATION

Deux questions de fond nous semblent dominer tous les problèmes de l'indemnisation du dommage corporel des traumatisés crâniens victimes d'accidents du travail :

- Que doit-on réparer ?
- Quel est le but de l'expertise ?

Les réponses que l'on peut apporter à ces questions conduisent, suivant le type de réponses, à une réparation pouvant être très différente d'un cas à l'autre .

A / QUE DOIT-ON REPARER

En matière d'accidents du travail, tout élément indiquant un non-retour, "ad integrum" de l'état de santé du blessé est indemnisable comme séquelle de l'accident du travail .

En faisant jouer la règle de l'imputabilité d'origine, de nombreux troubles pathologiques apparaissant secondairement à l'accident du travail peuvent être pris comme séquelles de celui-ci .

S'il n'y a pas de problème de la légitimité de l'attribution de ces troubles pathologiques aux lésions initiales de l'accident du travail, le problème qui se pose est celui de la réalité de la relation de cause à effet entre l'accident du travail et les troubles invoqués par le blessé .

Dans le cas d'une fracture articulaire, la raideur articulaire et les douleurs qui peuvent subsister dans le temps sont imputables, sans aucun doute possible, au traumatisme initial .

Dans le cas de sciatalgies ou de lombalgies post-traumatiques, le problème est plus complexe : quelle est la part du traumatisme et celle des lésions arthrosiques antérieures dans la genèse de ces troubles persistants ?

Lorsqu'il s'agit d'indemniser un syndrome subjectif post-commotionnel à la suite d'un traumatisme crânien, le problème est encore plus complexe : la personnalité du blessé joue un rôle plus important que le traumatisme lui-même dans la genèse de ce syndrome subjectif ; dans quelle mesure doit-on indemniser un état pathologique dû essentiellement à une personnalité névrotique ?

Examinons quelques exemples relevés dans notre étude :

Exemple n°1 : Mr. BES...

- 23 ans, célibataire, manœuvre conducteur .
- victime d'un accident de voiture pendant son travail .
- Il souffrait d'une perte de connaissance initiale courte, sans signe neurologique, et d'une fracture temporo-pariétale .
- L'évolution s'est faite sans complication et on ne constate aucune séquelle de l'accident .
- On a relevé, cependant, lors de son hospitalisation, les signes d'une débilité antérieure à l'accident et n'ayant aucun rapport avec lui .
- A la consolidation, la Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 10% pour "troubles subjectifs post-commotionnels" : en effet, le blessé, lors de cette expertise, avait nié toute existence de trouble et l'expert neuro-psychiatre avait estimé cette attitude de dénégation comme pathologique et constituant une incapacité permanente partielle de 10 % .

Exemple n°2 = Mr. BEN...

- 28 ans , Tunisien, marié, trois enfants, manœuvre maçon .
- Victime d'une chute sur les lieux du travail .
- Il souffrait d'un coma vigil, sans fracture du crâne, qui a duré 8 jours .
- L'évolution s'est faite sans complication . Il reprend son travail 15 jours après sa sortie du Centre de Cénac.
- La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 15% pour "troubles subjectifs" . Ce taux est aussitôt contesté par le blessé qui s'arrête de travailler à plusieurs reprises et est même hospitalisé en milieu psychiatrique. Le taux d'I. P. P. est aggravé par la C. R. I. P. à 44 % pour "névrose post-traumatique" . Le blessé reprend alors son travail .

- Un an plus tard, il retourne en Tunisie, son pays d'origine, où se trouvaient encore sa femme et ses enfants; les troubles névrotiques disparaissent alors et une révision du taux d'I. P. P. ramène ce taux à 18 % .

Exemple n°3 : Mr. PIR...

- 17 ans, portugais, célibataire, maçon .
- victime d'un accident de trajet en cyclomoteur .
- il souffrait d'une fracture temporo-occipitale avec coma vigil de 48 heures .
- l'évolution s'est faite sans complication .
- La reprise du travail a lieu 7 jours après sa sortie du Centre de Cénac .
- La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 10 % pour "troubles subjectifs post-commotionnels" .
  Le blessé conteste cette décision et la C. R. I. P. aggrave ce taux à 15% , pour névrose post-traumatique".
- Par la suite, on note, d'une part, plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique pour différents troubles caractériels, et, d'autre part, la réactivation d'une névrose hystérique, lors d'un autre accident du travail quatre ans après le premier .

Exemple n°4 : Mr. JOL...

- 21 ans , étudiant en Droit, employé temporaire pendant les vacances .
- victime d'un accident de cyclomoteur pendant le travail.
- Il souffrait d'une fracture fronto-pariétale avec perte de connaissance initiale de courte durée .
- L'évolution s'est faite sans complication .
- Le blessé reprend normalement ses études (3ème année de Droit) à la rentrée universitaire .
- La Caisse lui attribue un taux d'I. P. P. de 15% pour "troubles subjectifs" . Le blessé conteste cette décision qui est cependant maintenue à un taux de 15 % par le C. R. I. P. On note chez cet étudiant en Droit une attitude revendicatrice à caractère obsessionnel .

Dans ces quatre cas, l'accident du travail a joué le rôle de "révélateur" d'une personnalité antérieurement pathologique .

- Dans le premier cas, le taux d'I. P. P. de 10 % ne représente pas des séquelles de l'accident du travail, mais bien plus les manifestations d'une débilité existante avant le traumatisme . Dans ce cas, la présomption d'imputabilité a conduit à englober "l'état antérieur" dans les séquelles de l'accident du travail .

- Dans le second cas, il s'agit du problème complexe de l'inadaptation d'un travailleur immigré . L'accident n'est que le facteur déclenchant de troubles névrotiques déjà sous-jacents dans la sous-qualification professionnelle de ce travailleur, l'absence de scolarisation, l'éloignement familial (sa femme et ses enfants étant restés en Tunisie), et sa mauvaise intégration dans la société française . D'ailleurs, la disparition des troubles névrotiques à son retour en Tunisie confirme le fait que l'accident du travail n'était pas la cause principale de ces troubles .

- Dans le troisième cas, il s'agit encore d'un travailleur étranger qui était normalement scolarisé et relativement intégré dans notre société, mais dont la personnalité est très vulnérable : l'agression que constitue un accident du travail produira à deux reprises des conséquences infiniment plus importantes que le traumatisme lui-même .

- Dans le quatrième cas, il s'agit d'un étudiant en Droit, qui a constitué, dans un climat de revendications permanentes, une "névrose post-traumatique" voisinant la "sinistrose" : en bon avocat de lui-même, ce blessé a cherché à obtenir une indemnisation maximale en utilisant tous les moyens de recours que la Loi lui offrait .

B / QUEL EST LE BUT DE L'EXPERTISE ?

Nous pouvons dire que "réparer, c'est réintégrer l'individu dans son état antérieur à l'accident, dans toute la mesure du possible".

C'est peut-être une définition idéaliste de la réparation, mais c'est vers ce but que doit tendre toute forme d'indemnisation d'un dommage corporel. L'argent de l'indemnisation ne recrée pas la santé, mais il contribue à la réparation du dommage corporel subi.

Dans ce contexte général d'une réparation qui s'efforce d'aider le blessé dans son retour à la vie active la plus normale possible, l'expertise effectuée par le Contrôle Médical de la Caisse doit s'inscrire dans un contexte thérapeutique. Certes, l'expertise n'est pas à proprement parler un acte médical, mais le médecin-conseil, parce qu'il est médecin et qu'il donne un avis médical sur les séquelles qu'il constate, a une influence thérapeutique, en bien ou en mal, sur le blessé. Pour cela, l'expert ne dispose pas de médicament, mais son attitude et ses avis, sont susceptibles de modifier les réactions psychologiques du blessé.

Il est banal de souligner le rôle aggravant de certaines expertises sur l'état de santé du blessé. Parfois une véritable névrose expérimentale se développe à l'occasion d'une expertise et la multiplication des examens complémentaires (E.E.G. surtout), la complexité de la législation et le caractère souverain du pouvoir de l'expert et de la Caisse ne font qu'augmenter l'anxiété créée par le climat dramatique de l'accident.

Souvent, l'expertise se présente comme un "arbitrage". Le blessé se trouve au centre d'un vaste débat où, bien souvent, il faut le dire, les intérêts financiers sont prépondérants sur l'intérêt de santé du blessé.

Bien au contraire, l'expertise du Contrôle Médical de la Caisse doit être une étape du cheminement thérapeutique du blessé . L'expert ou le médecin-conseil doit être le "meneur de jeu" du groupe qui prend en charge le blessé . Toutes les opinions doivent s'exprimer, et, loin de s'exclure, elles doivent se compléter pour le but final de la réparation qui est le "bien réel" du blessé .

Dans cette perspective de recherche du "bien réel" du blessé, le médecin-conseil doit obtenir l'adhésion du blessé aux conclusions de son expertise . Tant que l'indemnisation du dommage corporel restera "extérieure" au blessé, comme une "prime" qu'on lui octroie, elle n'aura aucune valeur thérapeutique .

Cette conception du rôle thérapeutique de l'expertise du Contrôle Médical de la Caisse est peut-être utopique aux yeux de certains pris par les difficultés de communications avec le blessé qui, bien souvent, se présente comme un éternel plaignant .

Mais si nous admettons, comme nous le verrons plus loin dans notre exposé, que la réparation ne doit pas se limiter au versement de sommes d'argent, mais qu'elle doit être une véritable prise en charge du blessé depuis son accident, jusqu'à la reprise complète de son activité socio-professionnelle, il faut convenir que chacun doit, à son niveau, prendre les moyens de cette prise en charge réelle du blessé et ne pas laisser à d'autres le soin de le faire .

Il n'y a pas de "spécialiste de la prise en charge", mais une série de personnes qui doivent, chacune dans leur spécialisation, prendre en charge le blessé tout au long de son retour à une vie normale , afin qu'il garde de son accident le moins de séquelles possibles .

II - PLAIDOYER POUR UNE REPARATION PLUS VRAIE ET PLUS ADAPTEE

Dans ce dernier paragraphe de notre exposé, nous nous proposons d'exposer les idées maîtresses de notre conception d'ensemble du processus de réparation du dommage corporel réalisée par une prise en charge constante du blessé .

Sans faire appel à des Lois ou des Règlements nouveaux dont la mise en place retarderait un peu plus le problème, nous proposons de donner une place plus importante et plus judicieuse aux possibilités de réparation qu'offre la législation actuelle, à savoir :

- les prestations de l'assurance contre les accidents du travail ,
- la possibilité de reprise du travail à mi-temps,
- l'utilisation de Centres de réadaptation,
- la possibilité de reclassement professionnel ,
- faire une place réelle aux travailleurs handicapés dans notre société,
- et enfin, la volonté de prendre les moyens d'une réelle coopération entre toutes les personnes responsables, chacune à son niveau, de la prise en charge du blessé.

A / LES LIMITES DE L'INDEMNISATION ASSUREE PAR LA RENTE-AT

Pendant la période d'incapacité temporaire totale de travail, les prestations en nature et en espèces assurent une réelle prise en charge du blessé : la prise en charge financière est complémentaire de la prise en charge médicale du blessé . Pendant cette période la réparation se situe à deux niveaux : une réparation financière du préjudice subi par l'arrêt de travail et une réparation physique par les soins médicaux et la rééducation .

Au contraire, après la consolidation, en cas d'incapacité permanente, nous retrouvons une réparation financière du préjudice par le versement de la Rente-AT mais, bien souvent, la réparation se limite au versement de cette rente-AT sans qu'il y ait une réelle prise en charge du blessé pour sa reprise du travail . La rente-AT apparaît comme une "prime" : on dédommage le travailleur en estimant que cette somme d'argent va effacer tout ou partie du préjudice et pallier la diminution de capacité de gain du travailleur .

La rente-AT a pour but de faciliter la reprise du travail en compensant le manque à gagner du travailleur . Mais en fait, on met en balance l'argent et le travail, la passivité de la perception d'une rente et l'effort de réadaptation nécessaire au retour à une vie socio - professionnelle normale .

Parfois, la rente-AT est une prime à l'inactivité . Les taux d'I. P. P. élevés augmentent la dissuasion de la reprise du travail : le blessé préférant percevoir une rente-AT inférieure à un salaire normal, mais acquise sans l'effort du travail .

Dans la quasi-totalité des cas, la rente-AT représente pour le blessé le remboursement par la Société d'une "dette" qui lui est due : "le prix du sang" . Le travailleur estime que cette rente-AT est la réparation de son accident alors qu'elle n'est qu'un aspect de la réparation du dommage corporel . La rente-AT ne doit pas être un but en soi . La réadaptation aura pour but de faire comprendre au blessé que son "bien réel" n'est pas dans l'obtention d'une rente maximale, mais plutôt dans une récupération maximale de toutes ses facultés physiques et psychiques .

En fait, si la rente-AT est conçue comme un but et non comme un moyen de réparation, elle ne représente pas une réelle réparation du dommage corporel .

B / LE BUT ET L'UTILISATION DE LA RENTE-AT DANS LE PROCESSUS DE REPARATION DES TRAUMATISMES CRANIENS .

Le taux d'I. P. P. doit représenter l'importance d'un handicap réel pour le travailleur . Ce n'est pas le "prix du sang" .

Nous pensons que, dans le cas de troubles subjectifs légers, on ne peut parler d' "incapacité" . En effet, nous ne sommes pas persuadés du rôle curatif des faibles taux d'I. P. P. pour les séquelles subjectives des traumatismes crâniens . L'attribution d'une somme d'argent ne résout pas le problème des séquelles subjectives . Elles disparaîtront d'autant plus vite que la reprise de l'activité professionnelle sera rapide . On doit aider le blessé à surmonter ces troubles passagers et ne pas en faire des "spectres" qui vont hanter l'esprit du travailleur tout le restant de sa vie comme une tare indélébile .

Dans le cas de troubles présentant un handicap pour le travailleur dans son activité professionnelle, on peut parler de réelle "incapacité" qui justifie une indemnisation. Ces séquelles représentent une atteinte de l'intégrité physique et psychique du blessé : la rente-AT qui y est rattachée n'est plus le "prix du sang" le prix d'un handicap durable et d'un manque à gagner futur .

Dans le cas de séquelles purement subjectives, il s'agit de troubles résiduels qui doivent s'atténuer et disparaître avec le temps . La fixation d'un taux d'I. P. P. ne peut que les matérialiser, les fixer et les entretenir : la volonté de profit n'encourageant pas le blessé à prendre les moyens de dépasser ces troubles .

Ainsi, l'argent de la rente-AT ne peut assurer à lui seul une vraie réparation : la rente-AT n'est qu' un aspect de la réparation du dommage corporel . Elle tente de compenser ce qui n'est plus récupérable de l'intégrité antérieure du travailleur victime d'un accident du travail .

C / UNE "AUTRE OPTIQUE" DE REPARATION : LA READAPTATION

Il ne s'agit plus de "compenser" les troubles séquellaires de l'accident, mais de les "prévenir". La réadaptation est à l'opposé du fatalisme . Le syndrome subjectif post-commotionnel n'est pas une conséquence inévitable de tous les traumatismes crâniens . On peut éviter la constitution de ce syndrome subjectif par une prévention .

En conduisant la réadaptation des traumatisés crâniens, nous refusons l'engrenage primitif de la Loi du Talion : nous remplaçons le "Droit de revanche" par le "Droit de guérison totale" .

Les raisons de la nécessité d'une réadaptation spécialisée des traumatisés crâniens reposent sur les éléments d'analyse du traumatisme crânien et de ses répercussions sur le comportement du blessé . Le traumatisme crânien a des caractères particuliers par rapport aux autres types de traumatismes : ce qui explique une prise en charge particulière .

- Tout d'abord, la "commotion cérébrale" entraîne des lésions, même si leurs conséquences sont passagères. Mais plus important que le traumatisme physique, le traumatisme psychologique marque le blessé de son sceau dramatique . La perte de conscience qui est une expérience de la mort, l'amnésie des circonstances de l'accident et d'une portion de son existence, la localisation de l'impact du traumatisme à la "tête" , l'inconnu de l'avenir de sa "personnalité" ("avec la tête on ne sait jamais", dit-on), sont autant de facteurs de gravité du traumatisme crânien.

- En second lieu, l'attitude du sujet est prépondérante dans l'évolution de l'état de santé vers la guérison . Face à l'agression du traumatisme crânien, le blessé va répondre par une attitude de régression . Il se replie sur lui-même : son état de santé va devenir son seul univers et sa

personnalité est très sensible à toute nouvelle agression de son "Moi" . Il recherche un entourage sécurisant et l'espoir de bénéfices secondaires à retirer de cet état participe du même processus de régression .

- Enfin, il faut souligner l'importance du rôle de l'entourage du blessé, La famille, tout d'abord , a un comportement rarement adapté . L'accident du travailleur est aussi un traumatisme psychologique pour cette famille : elle ressent les mêmes craintes et appréhensions que le blessé et l'enferme un peu plus dans son état de régression . A son retour au domicile, le médecin traitant est complice du blessé, souvent par ignorance des solutions à apporter aux problèmes que lui pose son malade, dans un rôle démagogique de la prolongation de l'arrêt de travail . La société, enfin, parce qu'elle propose une indemnisation financière des séquelles, a sa part de responsabilité dans le déclanchement et la constitution du syndrome subjectif post-commotionnel .

Les efforts de réadaption du blessé vont reposer sur une prise en charge effective du blessé, le plus tôt possible après son accident . Cette prise en charge est l'affaire d'une équipe de personnes où chacun a sa part de responsabilité dans l'effort de réadaptation du blessé .

- Pendant la période d'hospitalisation, l'équipe soignante (neuro-chirurgien, médecins, infirmières et assistante sociale), va, d'une part , aider la famille dans ses démarches administratives afin de ne pas retarder le versement des prestations d'incapacité temporaire et, d'autre part, s'efforcer de "démystifier" le traumatisme crânien en lui donnant son importance réelle . Pour certains, en effet , "être tombé sur la tête" implique, forcément, des séquelles psychiques . Faire participer la famille à l'effort de réadaptation est un premier temps essentiel .

- A son entrée dans le Centre de Réadaptation spécialisée, le blessé retrouve à nouveau une équipe qui va le prendre en charge (médecins, kinésithérapeutes, moniteur-éducateur, infirmière, assistante sociale et le Directeur du Centre) . Toutes ces personnes unissent leurs

efforts vers le même but qui est le retour du blessé à une vie socio-professionnelle normale dès que possible. La rééducation physique des séquelles organiques est menée de pair avec une psychothérapie de groupe . En effet, dès son entrée, le traumatisé se retrouve au milieu d'autres accidentés : il doit sortir de son attitude égocentrique pour faire sa place dans le groupe . Cette insertion dans le groupe est facilitée par les multiples activités proposées aux blessés . Cette réadaptation progressive à une vie sociale est à la fois une stimulation et une dédramatisation . Ce cheminement fait par le blessé pour sortir d'une attitude de régression ne pourrait pas se faire dans le contexte familial trop protectionniste . Peu à peu, le blessé qui considérait au début son accident comme exceptionnellement important, se rend compte qu'il n'est pas le seul dans son cas et que l'on peut très bien vivre même avec une fracture du crâne . Il est indéniable que le traumatisé crânien qui, jouant une partie de ballon, faisant une course ou une promenade en plein air avec d'autres "têtes cassées", aura fait l'expérience de ses possibilités physiques et n'envisagera pas l'avenir de la même façon que celui qui est resté chez lui, renfermé sur lui-même, les volets clos et allongé toute la journée dans l'attente d'une éventuelle complication . Nous pensons ainsi que l'activité en groupe a une valeur infiniment plus dissuasive sur l'évolution des séquelles subjectives des traumatismes crâniens que la promesse d'une compensation financière de ces séquelles .

Tous les efforts de réadaptation vont s'orienter vers la préparation de la sortie du Centre et le retour du blessé dans son milieu d'origine . Chacune des personnes de l'équipe de réadaptation va se mettre en rapport avec les personnes qui vont, à leur tour, prendre en charge le blessé après sa sortie du Centre . Le médecin traitant est tenu au courant de l'évolution de l'état de santé du blessé et du pronostic futur . L'assistante sociale se met en rapport avec l'employeur, le médecin du travail et la Caisse de Sécurité Sociale pour envisager le mode de reprise du travail (reprise du travail à temps plein ou à mi-temps) ou l'éventualité d'un reclassement professionnel.

Nous avons, à plusieurs reprises, dans notre exposé, insisté sur l'importance de cette reprise du travail . En effet, une reprise du travail sans problème majeur sanctionne le succès de la réadaptation . Nous avons déjà souligné le caractère bénéfique pour le blessé de la reprise du travail à mi-temps qui permet une réinsertion progressive du traumatisé dans son milieu socio-professionnel et évite les à- coups d'une reprise du travail brutale qui se traduisent le plus souvent par des rechutes .

Ainsi, la "réparation" n'est pas seulement l'affaire du médecin-conseil ou de l'expert chargé d'évaluer les séquelles de l'accident du travail, mais l'affaire de toutes les personnes qui ont , chacune à son tour, la charge du blessé de la date de son accident à celle de sa complète réinsertion socio-professionnelle . Le but de toutes ces personnes est de "réparer le dommage corporel" non pas seulement en indemnisant des séquelles, mais en tentant de les prévenir et d'obtenir une guérison la plus complète possible .

Mais cette conception de la réparation n'est pas celle de tout le monde . Pour beaucoup, la réparation reste limitée à l'indemnisation par l'argent du préjudice occasionné par la persistance de séquelles . C'est en fait un problème de Société .

Nous sommes, en effet, dans une société qui estime, compare et compense tout en termes d'argent : depuis la valeur de l'homme qui s'évalue souvent par son salaire, jusqu'à sa responsabilité couverte par une assurance, qui, elle aussi, indemnisera les victimes éventuelles par une somme d'argent .

Dans une telle société où le "profit" est la Loi, préférer une meilleure qualité de vie par une réadaptation la plus complète possible à une rente plus forte, est une hérésie . Car il est bien sûr que le travailleur traumatisé crânien qui, après une réadaptation complète n'éprouve aucun trouble et retravaille normalement , n'est plus en droit d'espérer le versement d'une rente-AT: celle-ci étant fonction de la persistance de séquelles .

Il n'est donc pas étonnant que le traumatisé crânien, qui, du fait même de son traumatisme, est enclin à une régression, trouve dans cette société de profit un allié de poids qui l'entraîne un peu plus dans cette attitude régressive . Il s'agit, alors, d'un véritable sabordage des possibilités de récupération du travailleur en raison de la valeur monnayable des séquelles du traumatisme .

La réadaptation des traumatisés crâniens est une thérapeutique qui conduit à la restauration de l'ensemble des facultés du blessé : elle est, en ce sens, une réparation du dommage corporel occasionné par l'accident . La fixation d'un taux d'Incapacité permanente partielle ne doit viser qu'à compléter la réparation pour la part d'échec de la réadaptation .

La réparation des traumatismes crâniens n'est pas seulement une affaire de Lois et de Règlementations, mais , aussi et surtout, un "état d'esprit" .

CONCLUSIONS

°°°

La réparation des accidents du travail se présente comme un vaste ensemble de dispositions visant à pallier les conséquences pour le travailleur de son accident .

Dans un premier temps, nous avons décrit les modalités de réparation offertes par la Loi et la Règlementation . La Législation, en matière d'accidents du travail, nous est apparue comme très favorable au travailleur, que ce soit du point de vue de l'indemnisation financière ou que ce soit du point de vue de la prise en charge des soins, de la rééducation et du reclassement professionnel .

Dans un second temps, nous avons analysé, à partir de 52 cas de traumatismes crâniens de victimes d'accidents du travail relevant du régime général d'assurance des travailleurs salariés, la nature et l'étendue de la réparation du dommage corporel des traumatismes crâniens . Cette réparation est essentiellement assurée par la Caisse de Sécurité Sociale, en vertu de l'Assurance contre les accidents du travail des travailleurs salariés, d'une part, par des prestations en nature et en espèces pendant toute la période d'incapacité temporaire totale de travail, et d'autre part, par le versement d'une rente-accident-du-travail ou la prise en charge d'un reclassement professionnel en cas de persistance de séquelles durables de l'accident du travail . Parallèlement,

l'accidenté du travail, victime du fait d'un tiers responsable, peut obtenir de ce tiers responsable, soit par accord amiable, soit devant les Tribunaux, une réparation complémentaire sous forme de "Dommages et Intérêts" .

Dans la troisième partie de notre exposé , nous avons tenté d'apporter quelques réflexions sur les limites de la réparation du dommage corporel par l'argent . Il nous est apparu que les prestations de la Caisse de Sécurité Sociale n'étaient qu'une partie de la réparation du dommage corporel et qu'elles ne pouvaient constituer la seule forme de réparation des traumatismes crâniens . La prévention des séquelles subjectives des traumatismes crâniens par une réadaptation spécialisée, le reclassement professionnel plus souvent utilisé, et les aménagements à apporter à la reprise du travail du blessé en fonction de son état de santé et de sa personnalité, sont autant de formes de réparation du dommage corporel .

Réparer, c'est tenter de réinsérer l'individu dans toute son intégrité antérieure à l'accident . Prévenir et tenter de diminuer les séquelles d'un traumatisme crânien est une réparation nécessaire et complémentaire de l'indemnisation de ces mêmes séquelles . La réparation financière du dommage corporel n'est qu'un moment dans l'ensemble du processus de réparation : elle ne doit pas être une fin en soi .

La réadaptation des traumatisés crâniens a donc sa place à côté de la réparation financière du dommage corporel, comme une prise en charge globale et continue du travailleur tout au long de son retour à l'état normal .

En donnant au travailleur la possibilité d'une réinsertion socio-professionnelle complète, la Réadaptation n'est-elle pas la meilleure forme de réparation que la Société puisse offrir au travailleur victime d'un accident du travail .

ANNEXE I

ETUDE COMPARATIVE DE L'INFLUENCE DE LA READAPTATION SPECIALISEE SUR LA REPARATION DES TRAUMATISMES CRANIENS LEGERS CHEZ DES VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Dans le but de mettre en évidence les influences de la réadaptation spécialisée des traumatisés crâniens, nous avons fait une étude comparative entre deux échantillons de populations de "traumatisés crâniens légers" victimes d'accidents du travail :

- d'une part, un échantillon de 30 traumatisés crâniens légers qui ont bénéficié d'une réadaptation spécialisée.
- d'autre part, un échantillon de 30 traumatisés crâniens légers qui ont été hospitalisés à la suite de leurs accidents du travail, mais qui n'ont pas bénéficié d'une réadaptation spécialisée, qui sert de "témoin" .

L'échantillon de population "témoin" a été choisi en respectant les mêmes caractéristiques de l'échantillon de population des traumatisés crâniens qui ont bénéficié d'une réadaptation spécialisée : à savoir : même types d'accidents, mêmes types de traumatismes, population comparable au point de vue socio-professionnel , même Caisse de Sécurité Sociale pour la prise en charge de l'ensemble des dossiers (Central-AT de la Caisse Primaire de la Gironde) .

Le Centre de réadaptation spécialisée des traumatisés crâniens qui a pris en charge les traumatisés de l'étude, est le Centre de Réadaptation Spécialisée de Chateau-Rauze à Cénac (Gironde) géré par L. A. D. A. P. T.

Pour évaluer l'influence de la réadaptation spécialisée, nous avons comparé, dans cette étude :

- la durée d'hospitalisation en C. H. U.
- la durée totale de l'arrêt de travail,
- la durée entre la date de l'accident du travail et la date de la consolidation ,
- le taux d'incapacité permanente partielle attribué par la Caisse ,
- l'éventualité et le nombre de "rechutes"
- l'éventualité d'une aggravation secondaire du taux d'I. P. P. pour "aggravation du syndrome subjectif" .

Nous avons, dans cette étude, relevé les chiffres suivants :

(voir tableau, page suivante)

	population ayant bénéficié d'une réadaptation	population témoin
durée moyenne d'hospitalisation	9, 8 jours	10, 1 jours
durée moyenne de l'arrêt de travail	82 jours	111 jours
durée moyenne entre l'AT et la Consolidation	135 jours	146 jours
taux moyen d'I. P. P. initial	10, 1 %	13 %
nombre de "rechutes" sur 30 cas	2 cas (de 8 et 14 jours)	9 cas (supérieures à 1 mois et souvent à répétition)
nombre de "guérisons" sur 30 cas	1 cas et 1 cas de consolidation à 0 %	aucun cas
nombre d'aggravations du syndrome subjectif sur 30 cas	aucun cas	5 cas

Ainsi, pour des traumatismes crâniens de mêmes types, nous constatons des variations importantes d'un échantillon à l'autre, mais toujours dans le même sens .

D'un côté, les traumatisés crâniens légers qui ont bénéficié d'une réadaptation spécialisée, reprennent le travail plus tôt, sont "consolidés" plus tôt, ont moins de problèmes de reprise du travail, font moins de rechutes, mais aussi, obtiennent des taux d'I. P. P. inférieurs et qui ne sont pas aggravés par la suite par une aggravation du "syndrome subjectif post-commotionnel" .

De l'autre côté, dans l'échantillon "témoin", les choses sont exactement inverses .

Ainsi, pour les traumatismes crâniens légers, la réadaptation spécialisée apporte une diminution du temps d'arrêt de travail, une diminution des séquelles et une diminution des complications lors de la reprise du travail .

Par ailleurs, en diminuant le temps d'incapacité temporaire totale de travail et les séquelles, la réadaptation fait diminuer d'autant le "coût" de l'accident du travail .

La réadaptation des traumatisés crâniens diminue, certes, la réparation financière du dommage corporel des victimes, mais par ailleurs, elle leur apporte une qualité de réparation bien supérieure en leur permettant une réinsertion quasiment sans problème dans leur vie socio-professionnelle .

ANNEXE II

BAREME SERVANT A LA DETERMINATION DU CAPITAL REPRESENTATIF DES RENTES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

(Annexé à l'arrêté du 17-12-1954, paru au J. O. du 31/12/54)

Age à la constitution	prix de 1 Fr. de rente	Age à la constitution	prix de 1 Fr. de rente
16 ans	17, 903	41 ans	14, 833
17 ans	17, 815	42 ans	14, 630
18 ans	17, 733	43 ans	14, 419
19 ans	17, 656	44 ans	14, 201
20 ans	17, 582	45 ans	13, 975
21 ans	17, 511	46 ans	13, 741
22 ans	17, 439	47 ans	13, 500
23 ans	17, 364	48 ans	13, 255
24 ans	17, 284	49 ans	13, 006
25 ans	17, 196	50 ans	12, 754
26 ans	17, 100	51 ans	12, 501
27 ans	16, 996	52 ans	12, 245
28 ans	16, 884	53 ans	11, 987
29 ans	16, 764	54 ans	11, 725
30 ans	16, 639	55 ans	11, 459
31 ans	16, 508	56 ans	11, 187
32 ans	16, 370	57 ans	10, 910
33 ans	16, 227	58 ans	10, 628
34 ans	16, 076	59 ans	10, 340
35 ans	15, 919	60 ans	10, 047
36 ans	15, 754	61 ans	9, 749
37 ans	15, 582	62 ans	9, 446
38 ans	15, 404	63 ans	9, 139
39 ans	15, 219	64 ans	8, 829
40 ans	15, 029	65 ans	8, 517

N. B. : l'âge à prendre en considération pour l'application des tarifs est donné par la différence entre les millésimes de l'année du versement et de l'année de naissance des bénéficiaires .

ANNEXE III

EVOLUTION DU S. M. I. C. ET DES PRIX DE JOURNEES D'HOSPITALISATION ET DE READAPTATION de 1969 à 1975

	S. M. I. C. horaire (au 1er mars)	Prix de journée en C. H. U.		Prix de journée du Centre de Cénac
		réanimation	neuro-chirurgie	
1969	3, 15 Fr.	264, 05 Fr.	264, 05 Fr.	74, 15 Fr.
1970	3, 36 Fr.	290, 15 Fr.	290, 15 Fr.	80, 18 Fr.
1971	3, 68 Fr.	368, 90 Fr.	368, 90 Fr.	90, 00 Fr.
1972	4, 10 Fr.	490, 00 Fr.	330, 00 Fr.	101, 60 Fr.
1973	4, 64 Fr.	415, 85 Fr.	272, 20 Fr.	105, 50 Fr.
1974	5, 60 Fr.	468, 05 Fr.	354, 75 Fr.	133, 60 Fr.
1975	6, 95 Fr.	584, 95 Fr.	451, 35 Fr.	149, 00 Fr.

Ainsi donc, de 1969 à 1975 :

- le S. M. I. C. a progressé de 120 %
- le prix de journée dans un service de réanimation a augmenté de 122 %

- le prix de journée dans un service de neurochirurgie a augmenté de 71 %,
- le prix de journée dans le Centre de réadaptation de Cénac a augmenté de 101 % .

Les chiffres des prestations fournies par la Caisse de Sécurité Sociale que nous avons cités dans notre étude représentaient des prestations versées de 1969 à 1972 .

Le doublement en six ans de la valeur du S.M.I.C. horaire et des prix de journées d'hospitalisation et de réadaptation donne une idée de l'importance des prestations servies aujourd'hui (en 1975) aux victimes d'accidents du travail .

Pour déterminer "le coût actuel" d'un accident du travail, il faut, pour un même type de traumatisme, pratiquement multiplier par 2 les chiffres moyens que nous donnions dans notre étude .

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'UNIVERSITE DE BORDEAUX II :
H. BRICAUD

Vu, bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
H.J. LAZARINI

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 4 juin 1975
Le Chancelier des Universités :
R. PAULIAN

BIBLIOGRAPHIE

(Volontairement limitée
aux ouvrages d'expression française)

1- ANGELERGUES R., AUDIDIO M.,
Troubles mentaux secondaires aux traumatismes crâniens .
Encyclopédie médico-chirurgicale . Psychiatrie, II, 37520, A 10 .

2- AUDISIO M. ,
Problèmes médico-légaux posés par l'hystérie
Rev. Prat., 1964, 14, 1483 .

3- AUSSEL J. M.,
Essai sur la notion de tiers en droit civil français .
Thèse de Droit, Montpellier, 1953 .

4- BAEKEN ,
Simulation . Névrose post-traumatique. Sinistrose .
Arch. Belges de Med. Soc. hygiène . Med. du Travail et Méd. Légale, 1959, 17, 73-84 .

5- BALLIVET J. et MARIN A. ,
Propos sur le syndrome subjectif des traumatisés crâniens .
Journ. Méd. Lyon, 1965, 45, 1655 .

6- BENOIT G.,
Troubles mentaux des traumatismes crâniens.
Conférences de psychiatrie . Doin Ed. n°4, 7-33 .

7- BENOIT G.,
Délire de revendication (Conférences de psychiatrie). Doin Ed. n°10, 100-121 .

8- BERAUD R.,
Comment est évalué le préjudice corporel . Collection "Comment faire" , n°20, Libr. du Journal des Notaires et Avocats, 1971 .

9- BERNERT P., La relation médecin-malade dans les expertises des névroses traumatiques . Thèse Lyon , 1962 .

10- BERTHEAS F.,
Les recours des Organismes de Sécurité Sociale contre les tiers responsables . Thèse , Droit, Lyon, 1957 .

11- BESSON A.,
Les accidents du travail causés par la faute intentionnelle d'un préposé et les assurances privées .
Rev. Gén. Ass. Terr. 1952, 345 .

12- BOMET C., Guide de l'expertise médico-chirurgicale Maloine Ed. 1970 .

13- BOUHOUR J. P.,
Contribution à l'étude des manifestations névropathiques survenant après un traumatisme crânien .
Thèse Nantes, 66-67 .

14- BOUHOUR J. P.,
Problèmes posés au médecin et au psychiatre par certains traumatismes crâniens .
Conférence à la Société de Médecine psychosomatique, 28 mars 1968 .

15- BOURRET J.,
Les problèmes médico-légaux et médico-sociaux .
In : Traumatologie crânienne .
Wertheimer P. et Descottes J. (312-343) .

16- BRISSAUD E.,
La sinistrose .
Concours Médical, 1908, 30, 114 .

17- BRUNET J.,
Contribution à l'étude de la notion et des possibilités du "partage de causalité" .
Gaz. du Palais, 1967, 87, 280-286 .

18- BRUNET J., ROCHE L., VEDRINNE J., FERRY A. M.,
L'expertise médicale dans le cadre de la Sécurité Sociale .
Coll. de Med. Leg. et Toxicologie médicale, Masson 1967 .

19- BRUNET J.,
Etat antérieur et réparation d'un traumatisme .
Bull. Méd. Lég. et Toxicol. Méd. 1968, 11, 73-99 .

20- CHATEL B.,
Essai de recherche des facteurs étiologiques du syndrome post-commotionnel des traumatisés crâniens .
Thèse, Amiens, 1970 .

21- COHADON F., HUBERT L. M., RICHER E. ,
La réadaptation des traumatisés crâniens "légers" .
Bordeaux Médical, 1972, 5, 1021-1035 .

22- COHADON F., HUBERT L. M., RICHER E.,
La réadaptation des traumatisés crâniens .
Bull. de l'Académie Nationale de Médecine, 1973, 157, 62-67.

23- Considérations générales sur l'expertise et la réparation juridique du dommage corporel .
Gaz. Palais, 1968, 88, 27-33 .

24- COR-MORDRET M.,
Etude électro-encéphalographique comparative de différents groupes de névrosés .
L'Encéphale, 1964, 53, 356 .

25- COTTE L.,
Les névroses traumatiques.
Journal Méd. Besançon, 1966, 2, 153 .

26- COTTE L. et GARON C. ,
Réparation des accidents du travail .
Aspects médicaux-légaux .
Coll. Méd. Lég. 1964, Masson .

27- COTTE L. et MARIN A. ,
Rôles du médecin praticien dans les différents types d'expertises .
Journées médicales de France, Dijon, 1965 .
211-218 .

28- COTTE L. et ROBERT M.,
Aspect médico-légal de la guérison et de la consolidation .
Cahiers Méd. Lyonnais , 1963, 39, 741-747 .

29- COTTE L.,
Le syndrome subjectif des traumatisés crâniens.
Ann. Méd. Lég. 1960, 40, 422-432 .

30- DAVID S.,
Responsabilité civile et risque professionnel .
Thèse, Liège, 1957 .

31- DEBAUCHEZ J. et BOURGADE J.,
Les séquelles des traumatismes crâniens .
Rev. Méd. de Dijon, 1968, 8, 503-519 .

32- DE BUCK R. ,
Médecine Légale et iatrogénie : Influence des organismes de contrôle et des experts sur la sinistrose .
Bruxelles Méd. 1966, 1285-1292 et 1967, 7-23.

33- DEROBERT L.,
L'estimation des incapacités permanentes susceptibles d'évolution (amélioration et aggravation) . Journées d'étude, Paris 1963, Rev. Générale d'assurances terrestres juil. oct. 1963.

34- DEROBERT L. et MICHON R.,
L'estimation médico-légale du dommage corporel .
Méd. Lég. et Dommage Corporel, 1968, 1, 5-15 .

35- DOUBLET J. ,
La Sécurité Sociale .
Ed. Thémis P.U.F., 1972 .

36- DUPEYROUX J.J.,
Sécurité Sociale - Précis Dalloz .

37- DURIN D.,
Des recours des Caisses de Sécurité Sociale en matière d'accidents .
Ed. Librairie Générale de Droit et Jurisprudence, 1962 .

38- Eléments d'appréciation des invalidités post-traumatiques .
Suppl. Conc. Médical, 28 déc. 1963 .

39- Equipe du Centre de Réadaptation pour Traumatisés crâniens de Chateau Rauzé à Cénac (33) - Réadaptation des traumatisés crâniens .
(Revue "Réadaptation" n°199 avril 1973).

40- ESMEIN P.,
La commercialisation du dommage moral .
Recueil Dalloz, 1954 . Chronique , p. 113 .

41- EVRARD E.,
Les névroses traumatiques .
52ème session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Liège, 1954, Masson .

42- EY H. BERNARD P. et BRISSET C.,
Manuel de psychiatrie .
Masson, 1960 .

43- FAURE J.,
Contribution à l'étude des conséquences professionnelles du traumatisme crânien .
Thèse Grenoble, 1962 .

44- FONTAN M. ,
Séquelles centrales des traumatismes crâniens fermés . VII .
Les troubles psychotiques et névrotiques .
Rev. Oto-Neuro-Ophtalmologie, 1958, 30, 65 .

45- FREUD S., BREUER J.,
Etude sur l'hystérie .
P. U. F. , 1968 .

46- FREUD S.,
Névrose, psychose et perversion .
P. U. F. 1973 .

47- GASTAUT H., DONGIER S. et DONGIER M.,
Electroencéphalographie et névroses .
Etude de 250 cas .
Rev. Neurol. 1959, 101, 435 .

48- GEERTS A.,
L'évaluation de l'invalidité dans le cadre de la Sécurité Sociale .
Librairie Universitaire, Louvain, 1966 .

49- GEORGIN B.,
Fondements théoriques pour une approche psychopathologique des troubles dits "fonctionnels".
Rev. Méd. Suisse Romande, 1968, 88, 220-239 .

50- GERAUD J., BOURRET J., HURON R., BARRERRE L. et LAVALIX B.,
Les problèmes posés par l'intégration et le maintien dans les milieux du travail des traumatisés crâniens .
Arch. Mal. Prof. 1961, 22, 488 .

51- GHESTIN J.,
Distinction entre accidents de travail et accidents de trajet depuis la Loi du 6 août 1963 .
Semaine Juridique, 1967, 2109 .

52- GIRARD P. F., MASSON R., VIALLET et DEVIC M.,
A propos des syndromes subjectifs des traumatisés du crâne .
Journal de Méd. Lyon, 1948 , 29, 691 .

53- GREINER G. F., PIALOUX P. et LEGENT F.,
Les séquelles audiovestibulaires des traumatismes crâniocervicaux .
Arnette Ed. 1971 .

54- GUYOTAT J., MARIE CARDINE M., JALLADE S.
Les névroses traumatiques, orientation actuelle en psychiatrie dynamique .
Acta psych. Belg. 1970, 70, 321-358 .

55- HABART J. M.,
Le syndrome post-commotionnel du traumatisme crânien et sa réadaptation .
Diplôme d'Etudes médicales relatives à la réparation Juridique du dommage corporel , Paris 1971-1972 .

56- HOUDART R., CATHALA F., RABY D. et VOLLMER D. ,
Etude neuro-psychologique du syndrome subjectif des traumatisés crâniens .
Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1963, 144, 767-776 .

57- HOUDART R. et RABY D.,
Examen, indications thérapeutiques et conditions de reprise du travail dans le syndrome subjectif des traumatisés crâniens .
Immex. 1966, 3, 649-652 .

58- HOUDART R. et coll. ,
Traumatismes crânio-cérébraux .
Encycl. Méd. Chir. Neurologie, 17585, A 50 .

59- HOUDART R. et coll.,
Le praticien devant le syndrome subjectif des traumatisés crâniens . Essai d'interprétation pathogénique et conséquences thérapeutiques .
Presse Méd. 1974, 9, 449-452 .

60- HUGUET A.,
La preuve de l'accident du trajet .
Rev. Droit Social , 1969, 599 .

61- HUILLIER R.,
La Sécurité Sociale partie civile . Jurisclasseurs périodiques, 1954, 1, 1422 .

62- IMBERT L., ODDO C. et CHAVERNAC P.,
Guide pour l'évaluation des incapacités accidents du travail .
Masson 1923 .

63- KOMAROVER I., DREYFUS J.H., VEIL C. et PINGOUD M.,
Sur la nécessité d'une réadaptation progressive des traumatisés crâniens .
Arch. Mal. Prof. 22, 1961, 518-521 .

64- KAMMERER T.,
Réflexions sur le traumatisme psychique .
Evol. Psych., 32, 65-87 .

65- KAMMERER T.,
Névroses et troubles caractériels après les traumatismes crâniens .
Strasbourg Médical 1954 .

66- LADRET ,
Etude critique des méthodes d'évaluation du préjudice corporel .
Thèse Droit, Lyon 1969 .

67- LAPLANE D., ZARIFIAN E.,
Le syndrome subjectif des traumatisés du crâne .
La Rev. du Prat. 1974, 24, 2775-2792 .

68- La notion d'accident du travail .
Rev. Droit San. et Soc. , 1969, 1 .

69- LAUZEL J.P.,
Simulation et sinistrose .
Cahiers Hôpital H.Rousselle, 1966, 3, 13-21.
In : Ann. Méd. Lég. 1966, 46, 392 .

70- LAUZEL J.P. ,
Les principaux problèmes qui se posent à l'expert .
Ann. Méd. Lég., 1966, 46, 384-390 .

71- LECUIRE J., DERUTY R., DECHAUME J.P. et LAPRAS C.,
Considérations actuelles sur l'évolution lointaine des traumatismes crânio-cérébraux graves avec coma prolongé .
Neuro-chir. 1973, 19, 3, 271 .

72- LE GUEUT J. et MARIN A.,
Expertise médico-judiciaire . Aspects juridiques et réalisation pratique .
Coll. Méd. Lég., Masson 1963 .

73- LE GUEUT J., NERSON R. et ROCHE L.,
Observations sur l'évaluation du préjudice corporel .
Cahier Dalloz, 1962, 31° cahier XXI, 185 .

74- L'EPEE P., PENAUD G. et LAZARINI H. J.,
Appréciations financières du préjudice corporel en cas d'accident . Rôle du médecin traitant .
Bordeaux Médical, 1969, 4, 847-850 .

75- L'EPEE P., LAZARINI H. J., DOIGNON J. ,
Différences et similitudes de l'évaluation du dommage corporel en accidents du travail et en Droit Commun .
Méd. lég. et Dommage corporel, 1971, 4, n°2, p. 108-112 .

76- LEREBOULLET J.,
L'indemnisation des séquelles des traumatismes crâniens .
Rev. du Prat. 1974, 24, 2889-2897 .

77- LE ROY M.,
L'évaluation du préjudice corporel .
5° Ed. 1970, Librairies techniques .

78- Les accidents de trajet , Notes et documents - Fédération Nationale des Organismes de sécurité sociale . 2° trimestre 1966 .

79- LEY J.,
"L'Objectif" et "Le Subjectif" en médecine légale traumatologique .
Acta Neuro et Psych. Belg. 1956, 4, 238-252.

80- LEY J. ,
Psychonévroses traumatiques de longue durée et de cause principalement émotionnelle . Discussion du rôle de l'indemnisation .
Compte-rendu du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes . Liège, 19-26 juillet 1954.

81- LEY J.,
Les névroses post-traumatiques . Etude médico-légale : approche clinique et pathogénique. Congrès de psychiatrie et Neurologie de langue française . 67° session - Masson 1969 .

82- LOISEAU P.,
Les crises épileptiques et épilepsies traumatiques .
Rev. du Prat. 1974, 24, 2797-2814 .

83- MARIE P.,
Les troubles subjectifs consécutifs aux blessures du crâne : rapport à la Société de Neurologie de Paris, 6 avril 1916 .
Rev. Neur. 1916, 23, 2, 616-617 .

84- MARIN A. ,
Les problèmes psychologiques posés par le reclassement des handicapés physiques .
Arch. Mal. Prof., 1968, 29, 233-239 .

85- MARIN A.,
Problèmes médico-légaux posés par les traumatismes crâniens .
Cahiers Méd. Lyonnais, 1962, 38, 339-345 .

86- MARIN A. et COTTE L.,
L'expertise des névroses post-traumatiques (67° session du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française - Bruxelles, 1969), Masson .

87- MARTY P. ,
Le rôle des facteurs affectifs dans les difficultés de réhabilitation fonctionnelle des opérés et des traumatisés .
Vie Méd. 1957, 37, 1029-1036 .

88- MAZEAUD H. et L. et TUNC A. ,
Traité théorique et pratique de la responsabilité civile délictuelle et contractuelle .

89- MAYET et REY ,
Guide-barème des accidents du travail et des maladies professionnelles .
Nouv. Ed. révisée par P. MATHIEU et P. PADOVANI (Ed. Poinat, 1972) .

90- MIGNARDOT J. et JALADE S. ,
Le syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne .
Journ. Méd. de Lyon, 5 avril 1968, 651-668 .

91- MOSINGER M. et FIORENTINI H. ,
Le problème de l'objectivation des troubles subjectifs dans le syndrome post-traumatique crânien ;point de vue médico-légal .
Ann. Méd. Psych., 1960, 118, 2 .

92- MULLER M. ,
Leçon sur la réparation du dommage corporel.
Arch. Méd. Lég. et Méd. Soc. Lille, 1966, 79-118 .

93- MULLER M. et MULLER P.H. ,
Les séquelles centrales des traumatismes crâniens fermés . Les problèmes médico-légaux .
Rev. Oto-neuro-Ophtalm. 1958, 30, 2 .

94- MULLER M. et MULLER P.H. ,
Quelques observations nouvelles de séquelles de traumatismes émotionnels .
Lille Méd. 1959, 4, 10 .

95- MULLER M., MULLER P.H. et BAR J. ,
Les sommations émotives .
Ann. Méd. Lég. 1962, 42, (5), 487-490 .

96- MULLER P.H. ,
L'émotion, facteur traumatique .
Thèse Lille, 1958 .

97- NICK J. et SICARD -NICK C. ,
Les céphalées post-traumatiques tardives
A propos de 240 cas . Etude séméiologique, psychopathologique et thérapeutique .
Presse Méd. 1965, 73, 2593-2598 .

98- OSSON D. ,
A propos des facteurs psycho-sociaux dans le syndrome post-commotionnel des traumatismes crâniens .
L'Evol. Psych. 1963, 28, 255-282 .

99- PAUFFIN de SAINT-MOREL M. ,
Quelques aspects de la réparation du dommage corporel .
Libr. Génér. Droit et Jurisprud.

100- PECHINE Ch.,
Le facteur ethnique dans les névroses traumatiques .
Thèse Dijon, 1968 .

101- PIERQUIN L., PERNOT C. et CHARPENTIER J.,
La réadaptation des traumatisés crânio-cérébraux à Nancy, 1954-1959 .
Arch. Mal. Prof. 1961, 22, 532-537 .

102- PLANQUES J. et MORON P.,
Le rôle thérapeutique de l'expertise en matière de législation sociale .
Ann. Méd. Lég. 1963, 43, 76-79 .

103- POISSON R. ,
Prévention "accidents du travail"
(Travail et Sécurité, n°9, sept. 1956) .

104- POROT M., COUADAU A. et PETIT G. ,
Etats névropathiques consécutifs aux traumatismes crâniens .
Le Sud Méd. et Chir. 1967, 102, 13620 .

105- POULIZAC A. G.,
Accidents de travail et facteurs humains .
Inst. Nat. d'Hygiène, Monographie n°21 .

106- POUYANNE H.,
Facteurs dramatisants dans les traumatismes crânio-cérébraux légers et moyens .
Bull. des Méd. Conseils de Soc. d'Ass. 1967, 3, 209-214 .

107- RIESE W.,
Le problème de la causalité dans la névrose trau traumatique .
Arch. Suisses Neuro-Psych. 1938, 41-42 , 410-422 .

108- ROUSSEAU C.,
L'incapacité permanente consécutive à un accident .
Ann. Méd. Lég. 1962, 42, 84-88 .

109- ROUSSEAU C. ,
L'estimation des incapacités permanentes susceptibles d'évolution (amélioration et aggravation) .
Ann. Méd. Lég. 1963, 43, 486 .

110- ROUZAUD M. et LUTIER J.,
Les facteurs psychologiques et psycho-sociaux dans le déterminisme du syndrome post-commotionnel des traumatismes du crâne .
Rev. Méd. Tours, 1962, 3, 203-209 .

111- SAINT-JOURS Y.,
La faute intentionnelle dans le Droit de la Sécurité Sociale .
Revue Droit Social, 70, 387 .

112- SAVATIER R. ,
Traité de la Responsabilité civile .

113- SIMONNET M.G. ,
Prévention des accidents du travail .
Rev. Sec. Soc., n°83, sept. 1957 .

114- SIVADON P. et VEIL C. ,
Aspects sociologiques et cliniques de la sinistrose .
Congrès Psych. et Neur. de langue française Marseille 1964, 1, 433-438 .

115- SIVADON A. et SEVILEANO E. , DELMAS R. et LAMBERT-TROLLAT D. ,
Quelques aspects du problème des traumatisés crâniens de l'industrie du bâtiment et des travaux publics .
Arch. Mal. Prof., 1961, 22, 548 .

116- SIZARET P.,
Les névroses secondaires après arrêt de travail .
Rev. Méd. Tours, 1966, 7, 309-318 .

117- VALLET R., STORNE J. P. et GUILLE M. L. ,
A propos d'une grave névrose hystérique post-traumatique .
Presse Méd. 1961, 69, 845-848 .

118- VASILIU T. et STANESCO J. ,
Contribution à l'étude de la sinistrose : l'état antérieur de l'accidenté .
Ann. Méd. Lég. 1934, 14, 776 .

119- VIGOUROUX P. R., BAHRAN C., CHOUX M. et GUILLERMAIN P. ,
Etat actuel des aspects séquellaires graves dans les traumatismes crâniens de l'adulte .
Neurochir. 1972, 18 (suppl. 2) , 1-260 .

120- VOIRIN M. ,
Les organes des Caisses de Sécurité Sociale et leurs pouvoirs .
Préface de J. DOUBLET .
Libr. Géné. Droit et Jurispr. 1961 .

121- WEIL A. ,
Simulations médicales .
Ed. Doin .

122- WEIL J. A. ,
La sinistrose .
Concours Méd. 1961, 83, 2297-2306 .

123- WERTHEIMER et DESCOTTES ,
Traumatologie crânienne .
Ed. Masson .

124- WIDLOCHER D.,
Séquelles tardives des traumatismes crâniens.
VIII° Congrès Intern. de Neurol. Vienne, 1965.

à paraître :

COHADON F. et coll. - Possibilités et limites de la réadaptation des traumatisés crâniens dans la prévention du syndrome subjectif post-traumatique (rapport présenté au VIIIe congrès de la Société Nationale Française de Médecine physique, Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation, Lyon , le 17 janvier 1975).

EDITIONS BERGERET 71/73, rue Leyteire 33000 BORDEAUX T.(56)91 12 59